Nr. 50. 15. grudnia 1935. Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Z. DZIEMBOWSKI. Bydgoszcz.

Gastro-suspenzja sposobem Lambret'a w leczeniu opuszczenia żołądka.

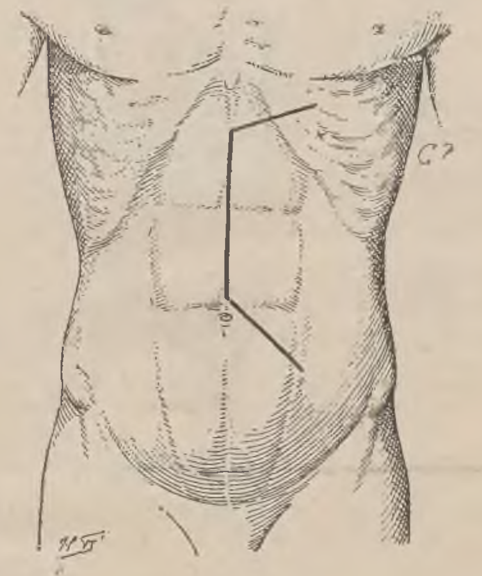
Z Oddziału Chirurgicznego Miejskiego Szpitala w Bydgoszczy.
Ordynator: Dr. Z. Dziembowski.

Opuszczenie żołądka jest sprawą, która napozór szczególnie do operacyjnego leczenia się nadaje, w której jednak chirurgicznie niewiele doniedawna osiągano. Być może dlatego, że dotknięte tą sprawą osoby, najczęściej żeńskiego rodzaju, mówię oczywiście o samoistnem opuszczeniu, niewywołanem przez inne zmiany pierwotne, jak np. zwężenie odźwiernika, odznaczają się usposobieniem pobudliwem i chwiejnem i należą do kategorji takich osób, które najpierw operacji się domagają, chętnie się na nią godzą i spoczątku są wynikiem zachwycone, a po pewnym czasie zaczynają narzekać. Być może jednak, że jest to winą metod operacyjnych, które nie spełniają dobrze zadania, bo powodują zbyt silne skrępowanie ruchomości umocowanego drogą gastropeksji żołądka, albo nie uwzględniają opuszczenia krzywizny dużej, której zwisanie stanowi bodaj najważniejszy powód dolegliwości, opuszczeniem żołądka wywołanych. Wybitne uniesienie właśnie dużej krzywizny, oto postulat, który musi być spełniony, a którego nie spełniają stosowane metody, zwłaszcza metody Perthesa, Bischert'a i t. p. Pozatem krępują one, taksamo jak i przez Pauchet'a wykonywane uniesienie i przymocowanie dużej krzywizny do przedniej ściany brzusznej, ruchomość żołądka. Wynikiem tego jest poprawa przejściowa, którą zawdzięcza się nagłej zmianie ułożenia żołądka; warunki te nie są jednak idealne i przypadłości ponowne lub nowe po pewnym czasie zjawiać się mogą.

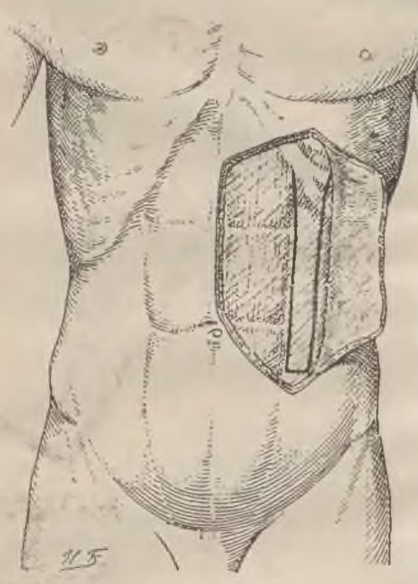
Leczenie operacyjne opuszczenia żołądka sposobem Lambret'a nie jest już, przynajmniej we Francji rzeczą nową; zaliczyć je można do zabiegów wypróbowanych i posiadających już opinję wyrobioną. Sam Lambret wykonał już zabieg ten obecnie około 120 razy; zaś Ginestet z Paryża otrzymał nagrodę Pauchet'a za rok ubiegły — przyznawaną autorowi najlepszej pracy z dziedziny chirurgji gastrointestinalnej, drukowanej w *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris* — właśnie za pracę, omawiającą szczegóły techniki i wyniki tej operacji. Dalej ukazał się też szereg opinij innych chirurgów (Bonnet, Hautefort etc.) na temat jej znaczenia. Wszyscy oni podkreślają, że operacja, o której mowa, nazwaną być może bez zastrzeżeń operacją fizjologiczną, gdyż przez uniesienie zwieszającego się żołądka a przedewszystkiem zwisającej dużej krzywizny, przeciwdziała dalszemu opuszczaniu się żołądka i znosi dotychczasowe jego opuszczenie, a tem samem usuwa zagięcia dwunastnicy, które są ważnym powodem zaburzeń, wynikających z opuszczenia lub powodem zahamowania przechodzenia treści do jelit. Wreszcie operacja Lambret'a posiada tę wielką zaletę, że pozostawia żołądkowi swobodę ruchów. To ma znaczenie doniosłe; niewątpliwie jest to przyczyną, dla której wyniki, zwłaszcza wyniki pooperacyjne są lepsze od wyników, otrzymywanych zapomocą innych operacyj, w których uniesiony żołądek zostaje umocowany i albo w całości, albo w poszczególnych partjach ulega skrępowaniu.

Jak wiadomo, operacja polega na tem, że pasemko wycięte z zewnętrznego brzegu przedniej części powięzi mięśnia prostego lewego, uszypułowane w górnej części swojej, wciąga się do jamy brzusznej przez otwór pomiędzy ostatniemi żebrami. Wokoło tego pasemka wgłabia się szeregiem szwów dużą krzywiznę żołądka i wkońcu łączy się szwami wolny koniec jego z więzadłem obłem w miejscu, w którem odłącza się ono od wątroby. Przedstawiam ryciny z pracy samego Lambret'a i Ginestet'a, które dobrze ilustrują prostą bardzo technikę operacji i z ich pomocą nietrudno zrozumieć, o co tu chodzi.

Utworzenie pasemka z powięzi nie jest rzeczą trudną. Postępujemy w ten sposób, że otwieramy jamę brzuszną od wyrostka mieczykowatego aż do pępka i przekonawszy się, że inny zabieg prócz planowanej gastropeksji nie wchodzi w rachubę, dodajemy cięcia boczne, umożliwiające uformowanie płatu ze skóry i tkanki podskórnej i odsłaniające powięź aż do brzegu zewnętrznego lewego mięśnia prostego, albo wykonujemy laparotomję jak wyżej i robimy drugie równoległe cięcie, odpowiadające zewnętrznemu brzegowi lewego mięśnia prostego, uzyskując w ten sposób wygodny dostęp do wspomnianej powięzi na dużej przestrzeni. Osobiście postępowałem zwykle wedle pierwej podanego sposobu. Po odsłonięciu zewnętrznego brzegu powięzi lewego mięśnia prostego wycinamy z niego — tutaj bowiem powięź jest najmocniejszą — pasmo szerokości 1—2 cm, a długie na 12 cm,



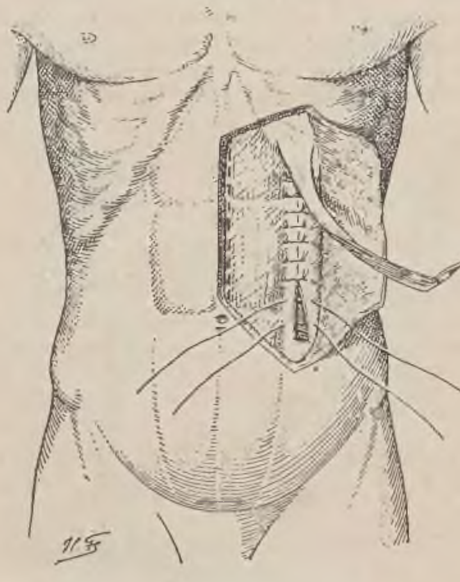
Ryc. 1.
Cięcie dla otwarcia jamy brzusznej — dodatkowe cięcia w celu utworzenia płatu dla odsłonięcia powięzi przedniej m. prostego.



Ryc. 2.
Jama brzuszna otwarta — z powięzi odsłoniętej wycięte jest pasmo.

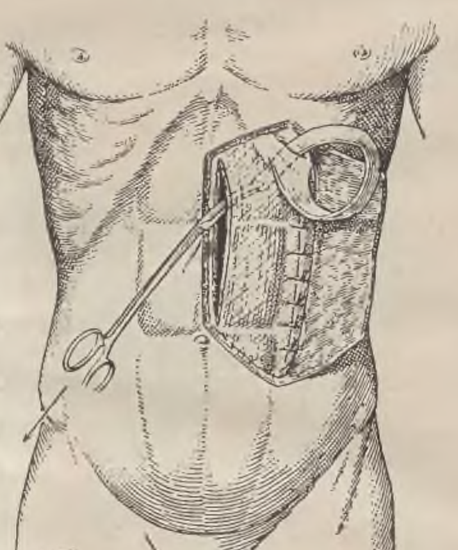
z szypułą nieco szerszą u góry. Szypuła, czyli początek pasma powięziowego, na którem ma być przesuwalnie zawieszony żołądek, znajduje się w miejscu, odpowiadającem przyczepowi mięśnia prostego do łuku żebrowego. Nie chcę wchodzić w szczegóły techniczne, które są rzeczą osobistej wprawy i zręczności, podkreślam jednak, że miejscem najodpowiedniejszem, skąd wyciąć trzeba pasmo, jest zewnętrzny brzeg mięśnia prostego, gdyż inaczej zawieszenie żołądka będzie zbyt wewnętrzne i zbyt pionowe, zamiast — jak być powinno — poziome.

Po sporządzeniu pasma powięziowego i powstrzymaniu krwawienia, poprostu zapomocą zeszycia powstałego wąskiego ubytku w powięzi, przystępuje się do wprowadzenia uszypułowanego pasma do jamy brzusznej. Uskutecznić to najlepiej przez otwór w tym celu zrobiony w międzyżebrzu siódmem, możliwie blisko podstawy szypuły pasma, gdzie nie trzeba się obawiać uszkodzenia opłucnej. L a m b r e t poleca w tym celu specjalny zgłębnik, którym przebija się od zewnątrz ścianę i który następnie służy jako przewodnik dla szczypiec, któremi wprowadza się uchwycone pasmo do jamy brzusznej. Osobiście nie posługiwałem się temi narzędziami, gdyż wystarczają do tego narzędzia zwykłe, jak szczypce Kocher'a lub Mikulicza, które nadają się do tępego przedziurawienia międzyżebrza, bez wywołania uszkodzeń i krwawienia — i do przeprowadzenia pasma przez otwór.



Ryc. 3.

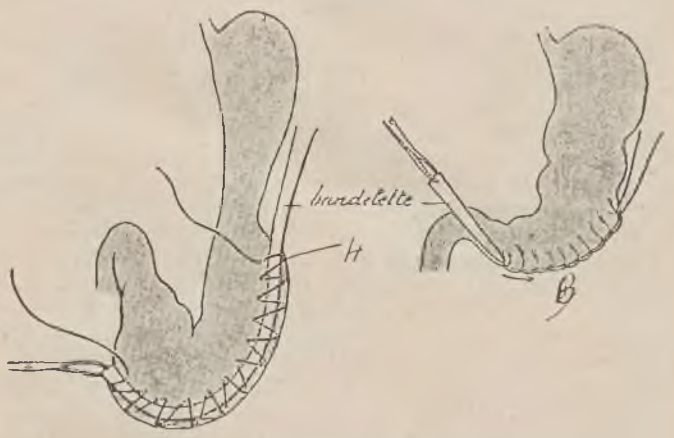
Jama brzuszna otwarta — pasmo jest utworzone — szypuła pasma — wolny koniec pasma.



Ryc. 4.

Szczypce wyprowadzonym nazewnątrz końcem chwytają wolny koniec pasma, które wprowadzają przez wspomniany otwór w międzyżebrzu do wnętrza jamy brzusznej (otwór w VII międzyżebrzu prowadzący do jamy brzusznej).

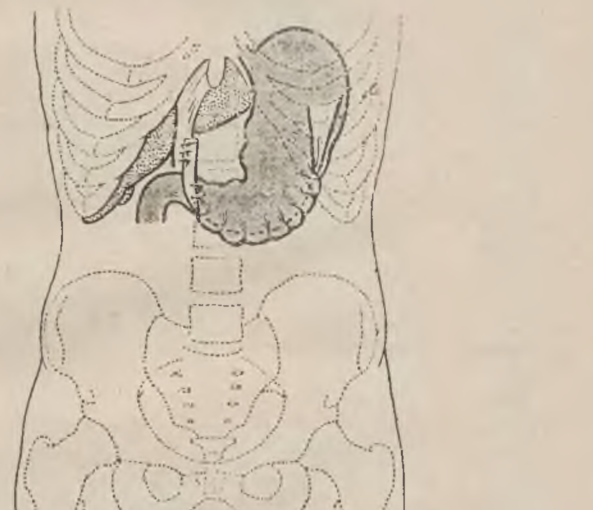
Następuje najważniejszy akt operacji, a mianowicie zawieszenie żołądka na paśmie powięziowem i to ruchomo, z umożliwieniem przesuwania żołądka na tem wieszadle. W tym celu układamy pasmo na przedniej ścianie żołądka, wzdłuż dużej krzywizny — wolny koniec pasma oczywiście trzymamy szczypcami — i wgłabiamy pasmo w kanał wśródsurowicówkowy zapomocą szwów, które nie chwytając samego pasma wytwarzają tunel ze ściany żołądka, w którym pasmo leży nieumocowane tak, że można przesuwać je swobodnie w tunelu, lub co ważniejsze, przesuwać żołądek na paśmie. L a m b r e t i inni autorzy francuscy mówią wobec tego o *„coulissage de la grande courbure"*, wyrażając przez to możność przesuwania ruchomo zawieszonego żołądka. Nadmieniam, że nie miałem nigdy trudności technicznych, zwłaszcza przy zrobieniu tunelu, który może czasami wypaść za ciasno; nigdy też nie miałem trudności z udostępnieniem dużej krzywizny od góry aż do odźwiernika, wobec znacznego zawsze opuszczenia i zwiotczenia żołądka. Unikać należy naczyń licznych i dużych w pobliżu dużej krzywizny przy zakładaniu szwów, nigdy jednak nie sprawia to większego trudu. Oczywiście, że pierwszy szew, poczynający formować kanał wśródsurowicówkowy, obejmujący pasmo czyli wieszadło, musi być nałożony na dużej krzywiźnie możliwie jaknajwyżej. Pierwsze szwy są blisko siebie nakładane, im więcej ku dołowi, tem rzadziej, natomiast w pobliżu odźwiernika znów gęściej. Odległość szwów wynosi tam, gdzie nakłada się je gęściej — a więc w górnej partji wielkiej krzywizny i w pobliżu odźwiernika 1 do $1^1/_2$ cm, w partji środkowej zaś 3 albo 2 cm. Nadmieniam, że lepiej nakładać szwy pojedyncze zamiast ciągłego; tunel ruchomy ze ściany żołądka czyli ów *„coulissage de la grande courbure"* lepiej się w ten sposób jakoś udaje utrzymać.



Ryc. 5. *Ryc. 6.*

Ryc. 5. Wgłobienie pasma w kanał wśródsurowicówkowy ze ściany żołądka; igła Beverdin'a prowadząca szew ciągły formujący kanał czyli tunel wokoło pasma.

Ryc. 6. Formowanie kanału czyli tunelu wokoło wieszadła wzdłuż dużej krzywizny.



Ryc. 7.

Zakończenie formowania tunelu i zeszycie końca pasma czyli wieszadła z więzadłem obłem wątroby.

Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, co też na podstawie własnego doświadczenia potwierdzić mogę, że pasmo — przynajmniej w stosunku do wydłużonej w opuszczeniu żołądka krzywizny — wydaje się krótkiem. Jednakże przez to, że posuwa się na paśmie żołądek ku stronie lewej i wykonuje ów *„coulissage"*, pasma nie zabraknie nigdy.

Mówiłem, że żołądek w ten sposób zawieszony zachowuje nieskrępowaną ruchomość, boć przecież można posuwać go na wspomnianem paśmie, jak zasłonę na wieszadle. Nadmienić jednak trzeba, że jeśli o odźwiernik chodzi, to ten musi być wolny zupełnie — to znaczy, że kanał czyli tunel, w którym przebiega

pasmo albo wieszadło, musi się kończyć nieco wyżej, jakieś 2 cm powyżej odźwiernika. Inaczej wgłębiające szwy mogłyby ujemnie wpłynąć na drożność odźwiernika. Dlatego kończyć trzeba kanał czyli tunel wspomniany zawsze 2 cm ponad odźwiernikiem; w tem więc miejscu opuszcza pasmo ów tunel i w tem też miejscu przyszywamy pasmo do ściany żołądka ostatniemi szwami. Tak jak inni autorzy, nie spostrzegałem nigdy w związku z operacją wspomnianą zwężenia lub jakiegokolwiek upośledzenia sprawności odźwiernika. Oczywiście zawsze w czasie operacji szczególnie należy zwracać uwagę, czy niema jakiegokolwiek powodu do zwężenia, lub możliwości wytworzenia się wtórnego zwężenia albo zahamowania ruchów odźwiernika.

Ostatni akt operacji polega na przyszyciu pasma, stanowiącego wieszadło żołądka do więzadła obłego wątroby. Słusznie mówi Ginestet, że podczas zawieszania żołądka na paśmie samo ono przybiera ten odpowiedni kierunek. Zeszywam zawsze kilkoma szwami pasmo i więzadło obłe mniejwięcej 1 cm ponad wątrobą. W razie znaczniejszego opuszczenia wątroby Lambret zaleca skrócenie pasma zapomocą szwów marszczących więzadło trójkątne. Osobistego doświadczenia w tem nie mam, gdyż nie stosowałem operacji omawianej w przypadkach z ogólnem opuszczeniem narządów jamy brzusznej, które — mojem zdaniem — wogóle nie nadają się do leczenia zapomocą operacyj podnoszących i umocowujących tylko poszczególne narządy.

Zamknięcie jamy brzusznej o tyle różni się od zamknięcia zwykłego, że trzeba myśleć jeszcze o powstałym braku w powięzi, z której wycięto pasmo do zawieszenia żołądka i wogóle o dużej ranie, która powstała dzięki odsłonięciu powięzi na dużej przestrzeni przez utworzenie bocznego płatu skórnego. Otóż Lambret wykazał, że zeszycie braku w powięzi spowodu zdolności regeneracyjnej tej partji powięzi jest zbytecznem, jednak mnie osobiście zeszycie to nie sprawiało nigdy trudności, a z drugiej strony przyczyniało się — jak się zdaje — do ułatwienia ostatecznego zatrzymania krwawienia. W każdym razie wobec tego, że trudno tu uniknąć ponad odsłoniętą powięzią powstania i pozostania pewnego *cavum*, wolę pozostawić tutaj na 1 do 2 dni sączek, celem uniknięcia nagromadzenia się krwi i złączonych z tem powikłań.

Co dotyczy wyników, to przytoczę opinje samego Lambret'a, Ginestet'a i Hautefort'a. Wspomniałem już o tem, że Lambret podał niedawno cyfrę operowanych przezeń przypadków na 120, zaś dwaj drudzy autorzy wraz z innymi chirurgami wykonali po kilkanaście takich operacyj. Autorzy ci podkreślają, że śmiertelność spowodu operacyj równa się zeru, co też nie wydaje się nieprawdopodobnem, bo przecież ani zranienie nie jest znaczne, ani też nie wykonuje się niczego, coby narażało operowanych na jakiekolwiek niebezpieczeństwo.

W sześciu przypadkach przeze mnie operowanych chodziło o pacjentki w wieku od 24—35 lat, wycieńczone i wychudzone znacznie przez wspomniane cierpienie, t. j. opuszczenie żołądka. Innych zmian, których szukałem zapomocą wszelkich sposobów badania klinicznego, rentgenologicznego, laboratoryjnego i oczywiście *in situ* podczas operacji nie było. W tych przypadkach nie miałem żadnego powikłania i przebieg był taki jak po laparotomjach lżejszych. Dalej potwierdzić mogę na mocy własnych doświadczeń i badań rentgenologicznych to, co mówią Lambret, Ginestet i Hautefort, mianowicie, że opuszczenie żołądka zostaje całkowicie usunięte i żołądek przez operację odzyskuje — co wykazują prześwietlenia całkiem niedwuznacznie — ułożenie prawidłowe. Nieinaczej rzecz ma się z czynnością żołądka; tak moje prześwietlenia i badania, jak i badania autorów, na których się powołuję, wykazują, że żołądek opróżnia się po operacji bez zarzutu. W moich przypadkach można śmiało mówić o wyraźnej poprawie, bo śledzenie na ekranie ruchów robaczkowych i wypróżnienia po operacji wyraźną wykazywało poprawę w porównaniu ze stanem rzeczy przed operacją. Na mocy doświadczeń własnych — a nadmieniam, że te 6 przypadków, o których wspomniałem, operowałem $1^1/_2$ roku temu i nie biorę w tym referacie pod uwagę później operowanych pacjentek — stwierdzam, co następuje:

Porównując wyniki odległe, otrzymane zapomocą innych metod operacyjnych z wynikami operacyj Lambret'a, podkreślić muszę fakt, że we wszystkich tak, czy owak operowanych przypadkach otrzymywałem zawsze początkowo dobry wynik. Jednak w operowanych innemi sposobami przypadkach, wynik zawsze prawie psuł się po paru miesiącach, dzięki — jak przypuszczałem — zmianom ze strony układu nerwowego, które zawsze się u tych chorych spotyka. W tych zaś sześciu sposobem Lambret'a operowanych przypadkach, wynik dobry się utrzymuje w całej pełni, a w dwóch przypadkach okazał się lepszym, aniżeli początkowo przypuszczałem. Zachowanie dobrego apetytu i dobrego stanu ogólnego wskazuje na to, że dzięki ruchomemu umieszczeniu żołądka odpada możność powstawania bodźców, mogących wpływać ujemnie na stan psychiczny. W przypadkach innemi sposobami operowanych zmiana stanu rzeczy pod względem umiejscowienia żołądka — oczywiście bynajmniej nie idealna — sprawia tylko poprawę przejściową.

Piśmiennictwo:

1) Lambret: Presse Médicale. 11. XII. 1929. — 2) Lambret: Archives de gastro-entérologie, Mai 1931. — 3) Ginestet: Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris. Tom XXV. Nr. 3.

Dr. Leonard HEILPERN. Kraków.

O wartości leczniczej pozajelitowo wprowadzonej pepsyny w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych I A. Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Wśród wielu teoryj i hipotez tłumaczących powstawanie wrzodu żołądka i dwunastnicy najbardziej przekonywujące jest przypuszczenie, że kwas solny z pepsyną, jako produkt błony śluzowej żołądka, jest czynnikiem dominującym w powstawaniu wrzodu, czynnikiem zaś wyzwalającym są pewne zmiany zachodzące miejscowo w błonie śluzowej żołądka, jak np. zator małego naczynia tętniczego, zmiany miażdżycowe, nieżytowe, zmiany występujące odruchowo za pośrednictwem nerwu błędnego, czynniki toksyczne i t. d. Zaburzenie równowagi pomiędzy wydzielaniem kwasu solnego z pepsyną, a stanem lub odpornością błony śluzowej żołądka, może być uważane za przyczynę powstawania wrzodu.

Teorja ta, której wyznawcą jest Glaessner, jest niejako uszeregowaniem w całość teoryj i hipotez wielu poszczególnych autorów (Bergmann, Konjetzny, Virchow i inni).

Wychodząc z tych założeń, przeprowadził Glaessner doświadczenia na zwierzętach, którym wstrzykiwał kwaśną pepsynę podskórnie lub do błony śluzowej żołądka, wywołując w ten sposób sztuczny wrzód podobny do wrzodu trawiennego żołądka. Wrzód ten goił się samorodnie w przeciągu kilku tygodni. Wstrzykując jednakowoż wielokrotnie tym zwierzętom, u których wywołał sztuczny wrzód, obojętną pepsynę odbiałczoną, uzyskiwał Glaessner wygojenie wrzodu w czasie niestosunkowo krótszym. Wzmożenie i przyspieszenie tego procesu gojenia tłumaczy Glaessner w sposób niejednolity. Pepsyna obojętna tworzy albo przeciwciała chroniące błonę śluzową przed niszczącem działaniem tego fermentu, albo wzmaga i uzupełnia wydzielanie wewnętrzne żołądka, wprowadzając do krwi czynniki przyspieszające gojenie lub też wreszcie wchodzi tu w grę czynnik hormonalny. Opierając się na wyniku tych doświadczeń na zwierzętach, należałoby w leczeniu wrzodu trawiennego chronić tkankę przed działaniem pepsyny przez wytworzenie przeciwciała t. zw. antypepsyny, albo przez doprowadzenie pepsyny pozajelitowo wzmocnić lub uodpornić tkankę żołądka. Tego rodzaju przestrojenie błony śluzowej żołądka możliwe jest albo przez nieswoiste leczenie bodźcowe albo przez swoiste leczenie pepsyną wprowadzoną pozajelitowo, któreto leczenie na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, pierwsi zalecili Glaessner i Loeper.

Leczenie nieswoiste bodźcowe wprowadził pierwszy Holler, wstrzykując wakcyneurynę, następnie Pribram nowoprotynę, inni zaś — stosowali Aolan, Yatren-Casein, mleko i t. d. Początkowy zapał tych autorów nie znalazł usprawiedliwienia w rzeczywistości, gdyż bóle chwilowo się zmniejszały, ale znów po pewnym czasie powracały, natomiast wydzielanie, stopień kwasoty, wyniki badania rentgenologicznego pozostały bez zmiany.

Jako swoiste leczenie choroby wrzodowej wprowadził Glaessner do lecznictwa pepsynę, którą w postaci obojętnego odbiałczonego roztworu wstrzykiwał podskórnie lub domięśniowo. Warunkiem niezbędnym dla pozajelitowego wprowadzenia pepsyny jest odbiałczenie i zobojętnienie roztworu, co osiąga się przez przepuszczenie roztworu przez filtr porcelanowy, przez co roztwór zostaje również wyjałowiony. Przepuszczenie roztworu pepsyny przez filtr nie zmniejsza działania fermentu.

Na podstawie swego długoletniego doświadczenia opracował Glaessner schemat, według którego wstrzykuje pepsynę, zaczynając od dawki 0.2, wstrzykiwanej przez 3 dni, przez następne trzy dni podaje 0.3, przez dalsze 3 dni 0.4, następnie dawkę 0.5 wstrzykuje przez 12 dni, poczem stopniowo wraca poprzez trzydniowe dawki 0.4, 0.3 do 0.2. Całe leczenie obejmuje zatem

30 wstrzyknięć, które dla uniknięcia nawrotów powtarza się 2 do 3 razy w roku.

Francuscy autorowie Loeper i Debray postępują odmiennie. W pierwszej serji obejmującej 15 wstrzyknięć, stosują 5% roztwór pepsyny, począwszy od 0.25 cm³, dochodząc stopniowo do 2 cm³ po 3 wstrzyknięcia na tydzień. Po miesiącu przerwy rozpoczynają drugą serję, obejmującą 12 wstrzyknięć, dwa razy w tygodniu po jednem. Pierwszy rok leczenia obejmuje 4—5 seryj.

Obok wstrzykiwań pepsyny stosuje Glaessner dietę oszczędzającą, jednak dość obszerną, unikając tylko potraw przyprawionych używkami. Chorzy przy tem leczeniu niekoniecznie muszą leżeć, zaleca Glaessner jednak odpoczynek na prawym boku po posiłkach oraz nagrzewania ciepłemi okładami, borowiną lub diatermją. Pozatem podaje, co podkreślam z naciskiem, przed każdym posiłkiem, a więc 4—5 razy dziennie, 20 gramów oliwy oraz po każdym posiłku bizmut.

Opierając się na dużym materjale, obejmującym przeszło 1000 przypadków, podaje Glaessner, że w 2/3 przypadków uzyskał wyleczenie świeżych i zastarzałych wieloletnich wrzodów. Już po pierwszej serji wstrzykiwań znikały przedewszystkiem bóle po jedzeniu i głodowe, uczucie pełności w żołądku, odbijania, zgaga i wzdęcie.

W połowie przypadków kwasota obniżała się już po pierwszej serji wstrzykiwania pepsyny, w 10% natomiast kwasota nawet wzrastała. W przypadkach, w których kwasota pozostała bez zmiany, uzyskiwał Glaessner jej obniżenie po dalszych serjach.

W połowie przypadków widział ten autor również i korzystne zmiany w obrazie rentgenologicznym.

W 10—20% przypadków występowały natomiast nawroty choroby po 3—6 miesiącach.

Francuscy autorowie z Loeperem na czele uzyskiwali dobre wyniki aż w 90% przypadków.

Z niemieckich autorów Bremer i Strauss uzyskiwali korzystne wyniki w znacznie niższym odsetku, natomiast poprawy w obrazie rentgenologicznym wogóle nie widzieli.

Portugalscy autorowie Anciaes i Guerrero nie osiągnęli wogóle żadnych korzystnych wyników leczeniem pepsyną.

Z polskich autorów ogłosił dotychczas swe wyniki leczenia wrzodów preparatem pepsynowym Musiał, który w 3/4 przypadków osiągnął wyniki korzystne. W 6 przypadkach (na ogólną liczbę 23) opornych na leczenie pepsyną uzyskał poprawę przy równoczesnem stosowaniu bizmutu i zasad.

Zachęcony korzystnemi wynikami Glaessnera osiągniętemi na tak dużym materjale, zastosowałem u 12 chorych klinicznych preparat pepsynowy pod nazwą *„ulcerin"*, zawierający w jednej ampułce 0.1 pepsyny oraz kwas jodo-oksy-chinolino-sulfonowy pod nazwą *„flavon"*.

Przypadki moje dotyczą 8 wrzodów dwunastnicy i 4 wrzodów żołądka. Były to przypadki trwające od wielu lat, najkrócej od półtora roku, z wielokrotnemi nawrotami, leczonemi poprzednio dietetycznie i farmakologicznie. Przed rozpoczęciem leczenia zostało rozpoznanie ustalone i poparte badaniem treści żołądkowej, kału i prześwietleniem promieniami Roentgena. Wszyscy chorzy skarżyli się na bóle po jedzeniu a niektórzy także i na bóle nocne, odbijania kwaśne, zgagę, oraz pieczenie w żołądku. U wszystkich chorych istniała bolesność uciskowa w okolicy dołka podsercowego, a w większości przypadków stwierdzałem krew utajoną w kale. Kwasota w dwóch przypadkach była w granicach prawidłowych, w dziesięciu przypadkach istniała mniej lub więcej wybitna nadkwasota.

Leczenie ulceryną prowadziłem według schematu Glaessnera t. j. przez 3 dni wstrzykiwałem 2 cm³ roztworu (0.2 pepsyny), przez dalsze 3 dni po 3 cm³, przez następne 3 dni po 4 cm³, wreszcie przez 12 dni po 5 cm³, a następnie co trzy dni takie dawki zmniejszające się, jak początkowo wzrastające. Preparat wstrzykiwałem domięśniowo, przyczem zaznaczam, że chorzy nie uskarżali się na zbyt wielką bolesność po wstrzyknięciu, nie stwierdziłem też nigdy żadnych ujemnych objawów miejscowych ani ogólnych.

W czasie leczenia otrzymywali chorzy dietę bezmięsną, a więc mleko, masło, cukier, jaja, kaszki, kleiki, ryż, zupy, jarzyny, kompoty przetarte i sucharki lub czerstwą bułkę. Oliwy, bizmutu ani zasad nie podawałem celowo, aby mieć przejrzysty obraz skuteczności samej pepsyny.

Wyniki lecznicze osiągnięte wstrzykiwaniami ulceryny były następujące: w dwóch przypadkach widoczna była wyraźna poprawa. Bóle ustąpiły w jednym przypadku po 15, w drugim po 25 wstrzyknięciach. Inne dolegliwości podmiotowe również się zmniejszyły, bez zmiany pozostała zgaga i odbijania kwaśne. Kwasota w jednym z powyższych przypadków nieco się obniżyła, w drugim pozostała bez zmiany. Oba powyżej opisane przypadki dotyczyły wrzodów żołądka, z których jeden trwał trzy lata, a drugi pięć lat. W pozostałych natomiast dziesięciu przypadkach nie nastąpiła żadna zmiana korzystna. Bolesność samoistna i uciskowa nie ustępowała nawet po ukończonej serji 30 wstrzyknięć, tak że zmuszony byłem część chorych, która zdecydowała się pozostać nadal na oddziele, poddać leczeniu dietetycznemu i farmakologicznemu, polegającemu na podawaniu bizmutu i zasad, któreto leczenie bardzo szybko doprowadzało do ustępowania dolegliwości. Bez zmiany pozostała również i kwasota, którą badałem po ukończonej serji 30 wstrzyknięć.

Na podstawie tych danych doszedłem do przekonania, że leczenie ulceryną nie daje pożądanych wyników i nie należy do sposobów wzbogacających lecznictwo choroby wrzodowej. Spotkać się mogę z zarzutem, że ocena środka leczniczego na podstawie 12 przypadków jest niewystarczającą, jednak wyniki, osiągnięte w tej coprawda małej liczbie przypadków, nie zachęcały do dalszych prób, pomijając nawet sprawę czasu straconego dla chorego i związanych z tem kosztów pobytu w szpitalu.

Wyniki osiągnięte przez Glaessnera nie mogą służyć do właściwej oceny skuteczności pepsyny, skoro obok wstrzykiwań podaje on chorym doustnie przetwory bizmutowe i 4—5 razy dziennie oliwę w ilości po 20 gramów. Wiadomo, że dieta oszczędzająca, bizmut i oliwa mogą w przeciągu kilku dni doprowadzić do ustąpienia objawów podmiotowych a nawet i przedmiotowych. Nieraz do tego celu wystarcza tylko kilkudniowy pobyt w łóżku i właściwa dieta i prawdopodobnie tym dwom czynnikom można przypisać poprawę w moich dwóch przypadkach. W doświadczeniach Glaessnera brak zatem dowodu, że w rzeczywistości wyłącznie tylko pepsyna jest tym istotnym czynnikiem działającym leczniczo.

Dowodem tego, jak rozległe a rozbieżne są poszukiwania skutecznego środka leczniczego w chorobie wrzodowej, są doświadczenia autorów, którzy stosowali t. zw. nieswoiste leczenie, wstrzykując wyciągi z rozmaitych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. I tak Moutier i Camus wstrzykują wyciąg z gruczołów przytarczycznych, przypisując temu wyciągowi wpływ pobudzający na śluzówkę żołądka. Drouet i Simonin stosowali wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej, stwierdzając potem obniżenie kwasoty żołądka i tłumacząc tem korzystne działanie na wrzód żołądka. Simnitzky, Cade i Barral wstrzykiwali insulinę, przypisując jej korzystny wpływ odżywczy na tkanki ustroju przez działanie na przemianę węglowodanową. Dimitracoff stosował natomiast wyciąg z trzustki pozbawiony insuliny, uzyskując dobre wyniki przez wzmożone ukrwienie chorej części śluzówki. Hernando stosował wyciąg z kory nadnercza i przypisywał korzystny wpływ działaniu przeciwtoksycznemu, albo działaniu na układ wegetatywny.

Wszyscy ci autorowie opisywali korzystne wyniki w leczeniu choroby wrzodowej, stosując powyższe wyciągi z rozmaitych gruczołów dokrewnych, z których każdy ma inny punkt zaczepienia i odmienne działanie. Jest to dowodem tego, że poszukiwania właściwego leczenia przyczynowego choroby wrzodowej nie są jeszcze na właściwej drodze.

Chociaż doświadczenia Glaessnera na zwierzętach przemawiałyby za tem, że pepsyna obojętna przyśpiesza gojenie się wrzodu, to jednak brak potwierdzenia tego w doświadczeniu klinicznem i niedwuznacznego wytłumaczenia istoty i przyczyny przyśpieszonego gojenia. Że leczenie pozajelitowo wprowadzoną pepsyną nie jest leczeniem, jak twierdzi Glaessner, swoistem i przyczynowem, dowodzi fakt, że Glaessner na swoim dużym materjale uzyskał tylko w 2/3 przyp. wyleczenie, stosując pepsynę wraz z bizmutem i oliwą. W tej liczbie przypadków 10—20% było nawrotów choroby. Wyniki takie, a może nawet i korzystniejsze osiągnąć możemy leczeniem dietetycznem i farmakologicznem, które przy obecnym stanie wiedzy o przyczynie i istocie choroby wrzodowej uważam za jedynie właściwe i wiodące do celu. Stosowanie pepsyny czy też wyciągów z gruczołów dokrewnych może mieć narazie tylko działanie pomocnicze.

Piśmiennictwo:

1) Glaessner K.: Wien. Klin. Woch. Nr. 17. 1934. — 2) Glaessner K.: Wien. Klin. Woch. Nr. 45. 1931. — 3) Bremer-Strauss: Fortschr. d. Therapie. 1934. — 4) Musiał: Pol. Gaz. Lek. Nr. 31. 1935. — 5) Roland Leven: La Clinique. Nr. 237. 1935.

Dr. Dora LAZERÓWNA. Kraków.
Dr. Marja GOLDBERGEROWA.

Dehydrit — nowy polski środek moczopędny.

Z Oddz. Chorób Wewnętrznych Szpitala Żydowskiego w Krakowie.

Działanie moczopędne przetworów rtęciowych znane jest oddawna. Oddają one nieocenione usługi w rozmaitych schorzeniach, polegających na zaburzeniu w krążeniu krwi.

Do przetworów tych należy też Dehydrit, wytwarzany przez wytwórnię przetworów farmaceutycznych Klawe. Jest to związek rtęciowy, w postaci płynu wyjałowionego, przeźroczystego o składzie następującym: sól sodowa oksyrtęciometoksypropylamidu kwasu trójmetylocyklopentanokarbonowego 5% 1,3-dwumetyloksantyny.

Stosuje się go w zastrzykach: dożylnych, domięśniowych i dootrzewnowych.

Na Oddziele Wewnętrznym Szpitala Gminy Żydowskiej stosowaliśmy Dehydrit w 24 przypadkach chorób, a mianowicie:

1) w 3 przyp. przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego, wywołanego nadczynnością tarczycy w okresie niewyrównania;

2) w 2 przyp. obustronnego zakrzepu żyły udowej, (w następstwie porodu);

3) w 1 przyp. zwyrodnienia mięśnia sercowego, przy zniekształceniu kręgosłupa;

4) w 1 przyp. kiły III-rzędnej o dodatnim odczynie Wassermanna z marskością wątroby i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego;

5) w 6 przyp. przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego na tle miażdżycy tętnic;

6) w 6 przyp. niewyrównanych wad zastawki dwudzielnej;

7) w 2 przyp. śródbłoniaka opłucnej;

8) w 1 przyp. nerczycy;

9) w 2 przyp. otyłości patologicznej.

Kilka charakterystycznych przypadków pragniemy podać w streszczeniu:

1. Chory T. Z., l. 55, przyjęty na Oddział dn. 7. I. 1935 r. Choroba trwa od października 1933 roku, rozpoczęła się silną dusznością, obrzękami, a w kilka tygodni później chory zauważył powiększenie rozmiarów brzucha. Dolegliwości te w ostatnich czasach znacznie się nasiliły. Stan obecny: Sinica twarzy, silne obrzęki ciastowate na kończynach dolnych, obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Wątroba sięga do linji pępkowej; tony serca bardzo głuche, niemiarowe.

Rozpoznanie: Przewlekłe zwyrodnienie mięśnia sercowego w okresie niewyrównania. Zastosowanie środków nasercowych i moczopędnych doustnie i w czopkach nieznacznie tylko wpłynęło na wydzielanie moczu. Wstrzykiwaliśmy wobec tego w odstępach 3—5-dniowych Dehydrit dożylnie (w połączeniu z *Calcium gluconatum)* w ilości 2 cm³. Ilość moczu, która przedtem wahała się od 600—1000 cm³ wynosiła w 24 godzin po zastosowaniu Dehydritu 5.000 cm³, a po 48 godzinach 2.700 cm³. Obrzęki, wolny płyn w jamie brzusznej i duszność ustąpiły po 6-tygodniowem stosowaniu Dehydritu, poczem chory w znacznie lepszym stanie podmiotowym i przedmiotowym opuścił szpital.

2. H. M., l. 39, przyjęty na Oddział 7. V. 1935 ze skargami następującemi: duszność, obrzęki na kończynach dolnych i powiększenie rozmiarów brzucha.

Stan obecny: Sinica twarzy, silne obrzęki na kończynach dolnych. Serce znacznie powiększone o konfiguracji aortalnej. Odczyn Wassermanna i Meinickego silnie dodatni. Rozpoznanie: *Mesaortitis luetica, myocarditis in stad. decompensationis.*

Ponieważ środki nasercowe i moczopędne podane doustnie zawiodły, zastosowaliśmy 2 cm³ Dehydritu domięśniowo. Ilość moczu z 450 cm³ zwiększyła się do 3.500 cm³ w 1 dobie, w 2-giej dobie wynosiła 2.000 cm³ i utrzymywała się na tym poziomie przez 2 tygodnie bez ponownych wstrzykiwań. W ciągu tego czasu, obrzęki, wolny płyn w jamie brzusznej oraz duszność i wszelkie inne dolegliwości ustąpiły.

3. U chorej W. A. w 8 dni po porodzie, wystąpił zakrzep żyły udowej z następowym silnym obrzękiem tej kończyny, a w tydzień potem dołączył się obrzęk 2-giej kończyny. Ciepłota dochodziła do 40°. Ułożono kończynę wyżej — w szynie, zastosowano okłady wysychające; po 2 tygodniach, kiedy ciepłota znacznie się obniżyła, a obrzęki nieznacznie się zmniejszyły, wstrzyknięto domięśniowo 1 cm³ Dehydritu z 10% glukozą. Po 24 godz. chora wydzieliła 2.700 cm³ moczu, obrzęki stopniowo się zmniejszały pod wpływem dalszych wstrzykiwań Dehydritu.

4. Chory G. Ch., l. 53, przyjęty na Oddział dnia 7. IV. 1935. Uderza silna duszność, sinica oraz silne obrzęki na kończynach dolnych i na worku mosznowym, oraz duża ilość płynu wolnego w jamie brzusznej. Mocz wykazywał 8—10‰ białka. W osadzie kilka wałeczków szklistych i ziarnistych. R. R. 170/70.

Rozpoznanie: Przewlekłe zwyrodnienie mięśnia sercowego oraz przewlekłe zapalenie nerek z przewagą nerczycy. Ponieważ wszystkie środki moczopędne i nasercowe zawiodły, stan chorego był ciężki, a duszność nasilała się, wstrzyknięto mu Dehydrit z glukozą. W ciągu 24 godzin chory wydzielił 3.000 cm³ moczu. Stan chorego bardzo się poprawił, duszność ustąpiła, obrzęki się zmniejszyły. Teraz ponownie zastosowano środki nasercowe, które obecnie znacznie skuteczniej działały.

Wynik leczenia Dehydritem przedstawia się następująco:

Pierwszy z przytoczonych przypadków, w dosyć krótkim czasie pod wpływem Dehydritu i środków nasercowych poprawił się znacznie. Chory ten przez 2 lata był leczony środkami nasercowemi i moczopędnemi bezskutecznie.

W drugim z opisanych przypadków uderza skuteczność 1-razowego działania Dehydritu i długotrwałe wydzielanie moczu, którego ilość wahała się przez 2 tygodnie od 2.000—3.500 cm³. Widocznie rtęć oprócz działania moczopędnego miała i działanie swoiste.

Trzeci przypadek jest godny przytoczenia ze względu na rzadkie stosowanie przetworów rtęciowych w obrzękach powstałych na tle zakrzepów.

Przypadki nasze możemy podzielić, biorąc pod uwagę działanie Dehydritu, na 2 grupy: jedna obejmująca przypadki schorzeń mięśnia sercowego i niewyrównanych wad zastawek sercowych i schorzeń naczyniowych na tle kiły, gdzie Dehydrit spełnił swoje zadanie należycie, w drugiej grupie, do której zaliczamy wysięki opłucnowe na tle nowotworów, oraz otyłość patologiczną w których to przypadkach działanie Dehydritu było słabe; pośrednie miejsce zajmują obrzęki na tle zakrzepów w żyłach udowych.

Podobnie jak inne leki podobnego składu działa Dehydrit lepiej w oddziaływaniu kwaśnem i dlatego zakwaszaliśmy ustrój dwa dni przed zastosowaniem Dehydritu i w dniu zastrzyku chlorkiem amonu w ilości 6 g dziennie.

Działanie Dehydritu nie wyczerpuje się szybko. W pierwszym dniu po zastrzyku ilość moczu waha się od 1.500 do 5.000 cm³ a w następnych dniach od 500 do 1.000 cm³.

Przeciwwskazaniem dla stosowania Dehydritu są: 1) stany charłacze, 2) silna niedomoga mięśnia sercowego, 3) kłębuszkowe zapalenie nerek, 4) ostre i przewlekłe schorzenia jelit, przebiegające z biegunkami.

Na podstawie naszych badań doszliśmy do następujących wniosków:

1) Dehydrit może zastąpić zagraniczne środki rtęciowe ;

2) nie wywołuje żadnych niepożądanych ubocznych objawów;

3) ma tę zaletę, że można go stosować często, co 3 lub 4 dni, nawet w mniejszych dawkach; ½—1 cm³ może wywołać dużą diurezę, nie wywołując ani zmian w nerkach, ani biegunek, ani podwyższenia ciepłoty.

FEJLETON.

Dr. Józef BIRKENFELD. Kraków.
Asystent Kliniki Chirurgicznej U. J.

Teodor Billroth [1]).

Wielki lekarz jako muzyk.

Skojarzenie dwóch talentów dotyczących różnych dziedzin nauki lub sztuki w jednej istocie ludzkiej nie należy do zjawisk nazbyt częstych. Wspomnę tutaj o Ryszardzie Wagnerze, który obok wspaniałego talentu kompozytorskiego posiadał niepośledni talent literacki, o Robercie Schumanie, który poza bogatą spuścizną muzyczną pozostawił szereg cennych publikacyj muzykologicznych, o Stanisławie Wyspiańskim, który z wielkim talentem poetyckim jednoczył subtelny talent malarski.

Dziś mówić mam o człowieku, który stanowi ten częsty a zarazem rzadki przykład skojarzenia wielkiej, bardzo wielkiej wiedzy i sztuki lekarskiej ze sztuką muzyczną. Częsty przykład — boć przecież bardzo wielu lekarzy, chyba ze wszystkich wolnych zawodów właśnie może najwięcej lekarzy zajmuje się czynnie muzyką; rzadki zarazem — bo niema drugiego przykładu złączenia tych dwóch talentów w tak doskonałym stopniu, jak właśnie w osobie Billrotha.

W dzisiejszym przygodnym odczycie, wolnym od wszelkiej pretensjonalnej krytyki i oceny, pragnąłbym przedstawić choć w przybliżeniu sylwetkę tego człowieka, który jako jeden z największych chirurgów swej epoki i wszystkich czasów, jako

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem w Krakowie dnia 30 października 1935.

twórca wielkiej szkoły chirurgicznej, autor znacznej ilości wartościowych prac i dzieł naukowych jest aż nadto dobrze znany; który jednak jako muzyk, esteta u nas zwłaszcza nie jest doceniany. I o tym właśnie Billrocie-muzyku, Billrocie-miłośniku sztuki chcę dziś mówić, a pominąć zamierzam wartości jego jako lekarza.

Osią główną, dokoła której obracało się życie muzyczne dojrzałego Billrotha, był jego stosunek przyjacielski do Brahmsa; ten niezwykle rzadki przykład prawdziwej męskiej przyjaźni, wyrosłej na gruncie sztuki, pomiędzy wielkim twórczym genjuszem a miłośnikiem sztuki i uczonym o najwyższych wartościach osobistych. Nazwiska Billrotha i Brahmsa są w muzyce nierozerwalnie z sobą złączone. Toteż opowieść o Billrocie jako o muzyku będzie właściwie historją ich wzajemnego oddziaływania na siebie, będzie opowieścią o ich przyjaźni, która ze swym całym, pełnym radości rozwojem i ze swem smętnem zakończeniem owiana jest jakoby czarem poezji. Wspaniałym wyrazem tej przyjaźni są listy ich obu do siebie. Listy Billrotha, który posiadał świetne pióro, wydawano szereg razy w rozmaitych postaciach. Czyta się je jak prześliczne poemaciki. Tych z Państwa, którzyby niniejszym tematem zainteresowali się może nieco bliżej, odesłać mogę do nowego, starannego i z wielką miłością tematu opracowanego wydania listów Billrotha do Brahmsa i Brahmsa do Billrotha. Te listy stanowić będą główne źródło dzisiejszych rozważań.

Zanim jednak dojdę do tej wielkiej przyjaźni, cofnę się nieco wstecz, aby choć w krótkości przedstawić, jak wyglądało życie Billrotha.

Krystjan Albert Teodor Billroth urodził się 26 kwietnia 1829 roku w Bergen, na wyspie Rugji, w Niemczech północnych, z matki pochodzącej z Berlina, z ojca pastora, wywodzącego ród swój ze Szwecji. Utarło się naogół usiłowanie odszukania wśród przodków sławnych ludzi momentów, któreby nam wskazały jakieś ślady dziedziczenia talentu, natomiast u potomków tych wybitnych ludzi nie zwykliśmy spodziewać się duchowego dziedzictwa. Genjusz jednak jest zjawiskiem samorodnem, niezawisłem od żadnych innych okoliczności, którego zatem nie należy uważać za ogniwo w łańcuchu utworzonym przez rodzinę. Dlatego też — rozumiejąc w ten sposób pojęcie genjuszu — nie będę odgrzebywał antenatów Billrotha, jakkolwiek kultura muzyczna była wśród nich głęboko zakorzeniona.

Ojciec Billrotha zmarł, gdy syn miał lat 5. Wówczas matka przenosi się ze swymi 5 synami, z których Teodor był najstarszym do Gryfji *(Greifswald)*. Tu młody Teodor uczęszczał do gimnazjum, gdzie był — jak zresztą i sam o tem pisał — uczniem zupełnie przeciętnym; nawet mniej jak przeciętnym. *„Ingenium tardum"* — umysł ociężały — jak czytamy we wspomnieniach nauczyciela jego z owych lat. Gimnazjum kończył tylko z trudem i nic nie zwiastowało w tym czasie późniejszego wielkiego uczonego. Muzyką zajmuje się intensywnie i jej wyłącznie zamierza się poświęcić. Po maturze (1849) zapisuje się jednak na medycynę. Postanowienie to dochodzi do skutku właściwie raczej przez przypadek: dzięki temu jedynie, że matkę jego nakłoniło do tego dwóch zaprzyjaźnionych z nią profesorów medycyny. Pierwsze półrocze studjów lekarskich poświęcał wyłącznie muzyce i byłby medycynę rzucił i muzyce w zupełności się oddał, gdyby nie energiczne sprzeciwienie się matki. Przenosi się na dalsze studja do Getyngi. Tu sławni profesorowie zaczynają go powoli porywać. Poczyna studjować z coraz większą skrupulatnością i dokładnością. Te zalety uważa zawsze za najważniejsze zarówno dla uczonego jak i dla artysty. W jednym z późniejszych listów do przyjaciela swego, krytyka muzycznego Hanslicka — o którym jeszcze będzie mowa — pisze: „Fantazja i ekscentryczność, warjactwo i genjalność — jakże to wszystko jest bliskie siebie! Tylko porządnie ćwiczyć gamy i porządnie uczyć się kontrapunktu i nie dać odwieść się od tego".

Cenią go jako bardzo dobrego pianistę. Miał rękę, która była stworzona zarówno dla prowadzenia noża chirurga, jak dla pianisty. Była to ręka duża, choć nie tak duża i nie o tak długich palcach, jak typowa ręka wirtuozowska, np. ręka Liszta. W każdym razie decymy obejmował z łatwością. Opuszki palców zaopatrzone w miękkie poduszeczki ułatwiały mu delikatne uderzenie. Tego mu zazdrościł Brahms; z drugiej strony były mu bardzo przydatne przy badaniu chorych. Gra jego była pełna polotu i uduchowienia; do wirtuozostwa w sensie najwyższym jednak nie mógł dla braku czasu doprowadzić. Komponuje tria, kwartety, pieśni. I w późniejszych latach komponował dużo. Niestety nie pozostało z tego wiele, gdyż pewnego dnia, w nadmiernej swej skromności, spalił znaczną część swych utworów. Do swego ucznia, późniejszego sławnego chirurga, zajmującego przez pewien czas katedrę chirurgji w Krakowie, Jana Mikulicza, odznaczającego się również dużym talentem muzycznym, pisze, że „były to okropne rzeczy i że miały bardzo przykry zapach przy spaleniu". Tych kompozycyj, co pozostały, nie pozwolił — jak zobaczymy — wydać drukiem. — Bardzo pilnie studjuje w owych czasach muzykę Bacha, Mendelssohna, Schuberta. Powoli poznaje muzykę Schumanna. Brahms jest jeszcze nieznany.

Ostatnie 2 lata studjów lekarskich spędza w Berlinie, gdzie też w 23 roku życia promuje się. Po kilkumiesięcznych specjalizujących studjach po doktoracie próbuje osiąść w Berlinie jako lekarz praktykujący. Jak to nieraz bywa w takich wypadkach — przez 2 miesiące nie ma ani jednego pacjenta. Zupełnie przypadkowo uzyskuje stanowisko asystenta przy klinice sławnego podówczas chirurga Langenbecka. Spełniło to jego marzenia i nadało odtąd właściwy kierunek jego dalszej pracy. Po 3 latach ścisłych a skrupulatnych badań i dociekań habilituje się jako docent.

W Berlinie pilnie słucha oper. Wówczas czołową śpiewaczką była Janina Wagner, bratanica Ryszarda Wagnera. Repertuar operowy stał pod znakiem wielkich oper Meyerbeera; muzyka ta nie była mu sympatyczną. W tym czasie poznaje bliżej muzykę Schumanna, którego bardzo ceni. Nie wiemy, czy był obecnym na koncercie Klary Schumann, żony Roberta, która wykonała po raz pierwszy 2 części sonaty Brahmsa F-moll (1885). Sonata ta wówczas nie podobała się.

W r. 1860 jako 31-letni obejmuje katedrę chirurgji w Zurychu. Pozostaje tu przez lat 7. O latach tych pisze, że były to lata jego największej płodności zarówno lekarskiej, jak i w dziedzinie sztuki. Jego świeża, mocna osobowość, pełna pogody, wywiera tak fascynujący wpływ na otoczenie, iż niemal wszyscy jego znajomi znajdują się pod jego osobistym urokiem. Grupuje wokół siebie ludzi miłujących i uprawiających muzykę. W jego domu odbywają się stałe wieczory muzyki kameralnej. W „Towarzystwie Muzycznem" w Zurychu staje się niebawem osobistością przodującą. Pisuje fejletony i recenzje muzyczne — surowe i nader trafne — w dzienniku zuryskim. Wówczas zaczyna poznawać utwory Brahmsa i zanim jeszcze pozna go osobiście, staje się w tym okresie, tak nieprzychylnym dla Brahmsa, jednym z przywódców grupy jego zwolenników.

We wszystkich poczynaniach stoi u boku Billrotha jego żona Krystyna, odznaczająca się zarówno wielkim powabem niewieścim, jak i trzeźwym a mądrym sądem. Pożycie ich było nader szczęśliwe.

Billroth poznaje Brahmsa w Zurychu (1865), mając lat 36. Brahms ma wtedy lat 32, jest już dojrzałym mistrzem, mającym za sobą ciężki młodzieńczy okres z szeregiem niepowodzeń. Od chwili poznania się zawiązuje się między nimi i stopniowo pogłębia stosunek przyjacielski.

W r. 1867 otrzymuje Billroth powołanie do Wiednia. Jest to dla 38-letniego profesora wielkiem odznaczeniem. W Wiedniu pozostaje do końca swego życia, t. j. lat 27.

Nie będę Państwu mówił, iż w Wiedniu Billroth zasłynął jako świetny chirurg na całą Europę, że wśród nieustającej pracy powstały tu dalsze wartościowe dzieła naukowe, że wynalazł szereg nowych metod operacyjnych, że stworzył wzorową szkołę pielęgniarek przy nowowybudowanym szpitalu, łożąc na to własne fundusze, że dzięki jego staraniom powstał nowy gmach Towarzystwa Lekarskiego t. zw. „Billroth-Haus", że dzięki jego niezmordowanym zabiegom zapoczątkowano budowę nowej kliniki chirurgicznej. Wspomnieć chcę, jak bardzo bliskim był jego stosunek do asystentów. Złączeni oni byli z nim i między sobą wśród szlachetnie pojętego współzawodnictwa wspólnotą nietylko zawodową ale i przyjacielską. Billroth nie znał ironji ani sarkazmu, tych najgorszych i najbardziej zniechęcających postaci nagany, ale z pomocą mądrze stopniowanych pochwał umiał uczniów swych zachęcać do największych wysiłków. Mniej cenił technikę operowania, aniżeli sztukę rozpoznawania chorób, tak, jak mniej cenił biegłość palcową, aniżeli muzykalność. Ze szkoły jego wyszło wielu znakomitych chirurgów, zajmujących później czołowe stanowiska, bądźto jako profesorowie uniwersytetu, bądź też jako kierownicy wielkich zakładów chirurgicznych. Że wymienię tylko Czernego, Wölflera, Hackera, Winiwartera, Gussenbauera, Mikulicza, Gersunyego, Eiselsberga, Schramma. Z uczniami swymi pozostawał do późnych lat, już kiedy pracowali samodzielnie na swych oddziałach w prawdziwej przyjaźni. Przytem wszystkiem był niesłychanie krytycznym co do siebie; uważał bowiem, że profesor łatwo wpaść może w manję wielkości, albowiem — jak pisał — „należy do tych nielicznych, którzy mogą przez godzinę mówić i nikt nie ma prawa im przerwać lub wypowiedzieć inne zdanie".

W tym samym mniejwięcej czasie co Billroth osiedla się w Wiedniu „bezdomny" — jak o sobie mówił — Brahms. Było mu tu dobrze. Wszakże atmosfera Wiednia sprawiła, iż tu

Beethoven pisał tańce, Schumann swój *„Faschingsschwank"*, Brahms swoje walce. Zapewne i Bach — jak uważał Hanslick — dałby się uwieść w tym kierunku. Taki to już *„genius loci"*.

Zacieśniają się w Wiedniu węzły przyjaźni Billrotha i Brahmsa. Zakorzenia się powoli zwyczaj, iż wszystkie nowe utwory Brahmsa wędrują przed wydaniem ich naprzód do Billrotha, a ten potem w swych listach do Brahmsa pisze o nich, poddając je szczegółowej i zazwyczaj — ale niezawsze — entuzjastycznej analizie. Billroth posiadał — jak mówił filuternie Hanslick — *„ius primae noctis"* — w stosunku do utworów Brahmsa. Brahmsowi, obdarzonemu nadmiernym autokrytycyzmem bardzo były potrzebne słowa uznania. Pisze raz do Billrotha:

„Nie uwierzysz, jak pięknie i zagrzewająco odczuwa się Twe uznanie. Rzadko kto umie tak pięknie i doskonale jak Ty je wyrazić".

Jak bardzo bliskim był ich stosunek, niech zaświadczy kilka zdań z listu Billrotha z lat późniejszych:

„Kiedy rozmyślam, w których godzinach mego, tak bardzo wszakże bogatego życia było mi najlepiej, czuję że w nich Ty zawsze zajmujesz najwięcej miejsca. Przeżyłem z Tobą dużą część Twego rozwoju, i Ty ze mną. To jest związek, jaki łączy rodzeństwo. Każdy członek rodziny idzie swoją drogą, ale zawsze przecie odnajdują się".

A dalej w tym samym liście: „Myślałem często co to jest szczęście; dziś byłem szczęśliwy przy słuchaniu Twej muzyki".

Interesujące są uwagi Billrotha o kwartecie Brahmsa C-moll op. 60. Przypomina mu on symfonję Beethovena C-moll albo ostatnią jego sonatę fortepianową C-moll. Pisze:

„Tonacja C-moll jest moją ulubioną. W żadnej innej tonacji nie działają zakończenia w dur tak uspakajająco. Tonacja F-moll jest mi również sympatyczną, ale dla mnie F-moll i F-dur leżą bardzo daleko od siebie. Wedle mego odczucia można F-moll raczej zakończyć w As-dur lub Des-dur, aniżeli w F-dur. Może będziesz śmiał się z tego subjektywnego odczucia, ale praktyka klasyków przemawia za mną".

W innym liście, stanowiącym jakoby „pendant" do poprzedniego, zwraca uwagę, że nie należy rzeczy rozpoczynać w dur, a kończyć w moll, jak to uczynił w swej sonacie Rubinstein.

Billrothowi zadedykował Brahms swe 2 kwartety op. 51.: C-moll i A-moll. Spośród wielkiej ilości swych utworów tylko 30 opusów opatrzył Brahms dedykacjami dla swych znajomych.

Dość wcześnie zawarli obaj między sobą mądry układ: oto, że Brahms nigdy nie będzie popierać u Billrotha żadnego lekarza, z drugiej strony Billroth nie będzie nigdy polecać Brahmsowi żadnego muzyka. Układ ten pozwolił na niekrępujący rozwój ich przyjaźni.

* * *

W charakterystyce osobowości dość ważne miejsce zajmuje ustosunkowanie się wobec historji. Otóż Billroth uważał, że w rozwoju myśli ludzkiej i nauki rola jednostek jest całkiem podrzędną. Zdaniem jego zdobycze wielkich jednostek są tylko formą przejawiania się postępów ludzkości. Co znalazł jeden badacz, to napewno odkryłby i inny, gdyż dany stan nauki stwarza sam od siebie konieczność dalszych odkryć. Wielkość naukowa polega jedynie na tem, że przypadkiem jako pierwszy i we właściwym czasie czyni się dane odkrycie. Zaprawdę pogląd pełen imponującej skromności! W sztuce zaś — uważał — czynnik osobowy ma duże znaczenie. Brał pod uwagę możliwość cofania się kulturalnego; szczególnie pesymistycznie zapatrywał się na przyszłość muzyki. „Poezja jest wieczna, ale muzyka, malarstwo i t. d. ulegają wpływom czasu. Zblednie Don Juan Mozarta, zbledną symfonje Beethovena, ale Antygona, Hamlet, Faust, przetrwają ród ludzki".

Natomiast Brahms widział jednostki. Brahms, wielki erudyta, doktór filozofji, uważał, że historja jest niejako jednym szeregiem wielkich ludzi. I w sztuce przeszłość jest dla niego jakoby Walhallą bohaterów. Brahms też był skromnym, ale inaczej: widział siebie małym w porównaniu z wielkimi poprzednikami.

Przy wielkiej powadze życiowej obaj lubieli humor, który był im potrzebny. Obaj — a zwłaszcza Billroth — lubieli towarzystwo. Dużych zebrań naogół unikali. Woleli małe grona przyjaciół, „mniejsze od ilości Gracyj, nieliczniejsze od ilości Muz".

Podział dnia Billrotha był bardzo ścisły. Sypiał 5 godzin na dobę, w latach późniejszych wskutek bezsenności jeszcze mniej. Pracę rozpoczynał wcześnie. Operacje, wykłady, wizyty u chorych, muzyka, praca naukowa do późnej nocy — wszystko to wypełniało bardzo ściśle cały dzień. A posiadał przytem tę rzadką właściwość, że umiał przerzucać się z jednego zajęcia do drugiego, bez straty czasu na przypominanie sobie poprzednich etapów pracy. Rozpoczynał zajęcie tak, jakby je był przed chwilą przerwał, przyczem te zmiany zajęć stanowiły zarazem dla niego wypoczynek. Pracował pilnie i dużo, potwierdzając zdanie, iż genjalność bynajmniej nie polega na tem, że dany osobnik wykonuje swe działania bez trudu i większego nakładu pracy, ale raczej na tem, że wszystkie jego usiłowania zazwyczaj wieńczy powodzenie i że to całkowite osiąganie celu zaciera wszelki ślad trudu i pracy.

Brahms swobodniej rozdzielał swój dzień. W lecie zazwyczaj chadzał rano na przechadzki, w czasie których powstawały pomysły twórcze, przelewane później na papier. W zimie naogół nie komponował. Usposobienie jego było ściśle związane z przyrodą. Nie umiał komponować na zawołanie, jak np. Mozart czy Schubert. Ale też Brahms nie próbował przełamywać oporów wewnętrznych, jakie hamowały jego pracę twórczą, uważał bowiem, że fantazja twórcza nie daje się gwałcić.

Najsilniejszym może czynnikiem łączącym obu przyjaciół było umiłowanie prawdy. Bojaźń, czy interes osobisty, czy też niepowściągliwa fantazja — te główne źródła kłamstwa — nie były napewno nigdy u żadnego z nich powodem mówienia nieprawdy. Billroth musiał w swym zawodzie lekarskim nieraz wobec nieszczęśliwych chorych kłamać; z tego też powodu miał jakoby żal do swego zawodu. Skarga taka przewija się w niektórych jego listach. Brahms chyba nigdy nie powiedział nieprawdziwego słowa.

Inną właściwością jest otwartość, bezpośredniość. Otóż Billroth był naturą otwartą, przejrzystą. Miał potrzebę zwierzania się, wywnętrzania się i to zarówno w życiu prywatnem jak i w medycynie. Przyznawał się szczerze i otwarcie w swych statystykach do niepowodzeń. Był pierwszym — wedle sławnego rosyjskiego chirurga Pirogowa — „który powiedział prawdę". To zdanie Pirogowa poczytywał sobie za największą pochwałę. Jego zestawienia statystyczne, prawdziwe, zgoła odmienne od innych, zakłamanych, nadały odtąd właściwy kierunek dalszym dociekaniom naukowym.

Tu różnią się nasi przyjaciele. Albowiem Brahms był właśnie naturą niezwykle skrytą. Na ukształtowanie tego jego usposobienia złożyło się wiele czynników: Już jako młody chłopak był z natury słabowitym i wrażliwym. W okresie pokwitania cierpiał na uporczywe bóle głowy; potem przyszły tragiczne przejścia, których — jak mówił — „nie zapomina się, ale które się grzebie" z czasów, kiedy musiał dla zarobku grywać w ohydnej knajpie marynarskiej. Później ciężki zawód miłosny, przedwczesna śmierć ukochanego Schumanna, głównego jego protektora, wreszcie tragiczny zawód w jego mieście rodzinnem Hamburgu, które nie chce uznać muzyki jego i sprawia, że Brahms z uczuciem tułacza musi szukać miejsca gdzieindziej — wszystkie te okoliczności składają się na to, że ukrywa on swe prawdziwe oblicze pod twardą, nieprzenikliwą okową. Uczucia wypowiada tylko muzyką, słowami posługiwać się nie umie. Są to zawsze tylko półsłówka, niedomówienia.

W latach 1870-tych zaczynają kwitnąć owe sławne wieczory muzyki kameralnej w domu Billrotha. Wykonywano albo niedrukowane jeszcze utwory Brahmsa, które sam autor przed wydaniem chciał usłyszeć, albo też były to jakoby małe koncerty przed zaproszonem a ściśle dobieranem gronem słuchaczy; dyrygował wówczas zwykle Brahms. Nieraz wykonywano utwory symfoniczne Brahmsa, które tenże specjalnie dla tego celu opracowywał na 2 fortepiany. Billroth grał zwykle na fortepianie, ale też i na innych instrumentach. W tych wieczorach brał udział również między innymi i Mikulicz.

W życiu obu bohaterów dość znaczną rolę odegrał współczesny im i zaprzyjaźniony z oboma krytyk muzyczny Edward Hanslick, pierwszy profesor muzykologii w Uniwersytecie Wiedeńskim. Brahmsa poznał on znacznie wcześniej, jeszcze z czasów, kiedy ukazał się entuzjastyczny artykuł Schumanna p. t. „Nowe drogi" *(„Neue Bahnen")*, dopatrujący się i witający w 20-letnim Brahmsie niejako rzecznika nowego kierunku, reakcji przeciwko programowej muzyce Liszta i Wagnera. Hanslick, autor pracy „O pięknie w muzyce", zwalczał Liszta i Wagnera, był surowym krytykiem i dla mniejszych. Podejrzewano, że poza jego surowemi sądami kryje się Brahms. Był jednak ten niewątpliwie najznakomitszy krytyk swej epoki samodzielnym w swych ocenach. Billrotha ujął trafnością spostrzeżeń i wdziękiem, z jakim wypowiadał swe myśli. I choć Billroth widział rozliczne braki Hanslicka, lubiał go, albowiem Billroth posiadał tę właściwość, o której pięknie pisze w biografji jego uczeń Gersuny, że „ozdabiał swych przyjaciół wszystkiemi darami umysłu i serca, by kochać ich tak, jakby istotnie odpowiadali wytworom jego wyobraźni".

* * *

Przez lat 20 żyli Billroth i Brahms w przyjaźni niezakłóconej. Rok 1887 staje się przełomowym zarówno w życiu Billrotha jakoteż w tym serdecznym stosunku przyjacielskim.

Na wiosnę wspomnianego roku Billroth zapada na ciężkie zapalenie płuc. Sprawia ono, że 58-letni człowiek staje się starcem. Przez czas pewien wydawało się że jest stracony. Miasto drżało o życie swego wielkiego i umiłowanego lekarza. Powoli powraca do życia. Odtąd jednak krytycznie już zapatruje się na swą dalszą pracę, nie ufa już sobie. Nieraz już wprawdzie w listach z lat wcześniejszych czynił aluzje do przedwczesnego osiwienia, do „wieczoru swego życia", do zmęczenia; jednak choroba ta staje się dopiero przełomem w jego życiu.

W jesieni tego roku obejmuje znowu swe zajęcie w Klinice. Słuchacze zgotowali mu owacyjne przyjęcie. Jednak serce jego nie jest już zdrowe, miewa częste napady duszności. Pozostało mu do życia jeszcze $6^1/_2$ lat. W tym okresie można było obserwować inne nastawienie życiowe u tego człowieka, który widział śmierć tak blisko siebie. To widzenie śmierci i sceptycyzm co do swej dalszej pracy opisuje przepięknie w jednym z listów do Brahmsa, który tu w wyjątkach przytoczę:

„(Wiedeń, 12. VI. 1887). Mój kochany przyjacielu! Kiedyśmy się ostatni raz widzieli i pożegnali przed latem, miałem wrażenie, że już Cię chyba nigdy nie ujrzę, tak bardzo chory wewnętrznie czułem się wówczas. Niewiele brakowało, a przeczucie moje byłoby się spełniło. Pewnego dnia pożegnałem się z moimi, z mymi najbliższymi uczniami i przyjaciółmi, którzy mię otaczali, posłałem przez Seegena[1]) ostatnie pozdrowienie dla Hanslicka i przez niego dla Ciebie, gdyż nie było wówczas przy mnie żadnego bezpośredniego łącznika między nami. Podziękowałem Ci za ten ogrom piękna, jakiem mnie radowałeś i życie moje ozdabiałeś. Teraz wszystko to wydaje się snem, poza mną. Nie mogę jednak powiedzieć, że już znowu żyję w pełni, bo nie można właściwie nazwać życiem życia bez tworzenia, bez pracy; nie jest ono godne trudu oddychania...

Przez czas dłuższy byłem pogrążony w przyjemnym półśnie, obserwując przytem nieraz po lekarsku, jak oddechy stawały się coraz bardziej rzężące, coraz płytsze i jak duch mój zdawał się wędrować. Pamiętam całkiem dokładnie, jak przytaczałem wyjątek z Twej pieśni: „Zda mi się, jakobym już umarł". I to wszystko było tak łagodne i piękne; unosiłem się coraz wyżej i widziałem ziemię i mych przyjaciół pod sobą, spokojnych i przyjaznych! — Nagle wstrząśnięto mną, musiałem jak żołnierz na komendę oddychać, połykać różne rzeczy. Prosiłem: „Dajcie mi spokój! Mnie jest tak dobrze!" Ale daremnie, wciąż znowu budzono mnie i wśród wielu głosów, mówiących bym to czy owo czynił, usłyszałem później głos mojej żony: „Uczyń to gwoli Twych dzieci!"

W ten sposób nie pozwalano mi przez przeszło tydzień nigdy zapaść w twardy sen — mój sen miał bowiem zbyt dużo podobieństwa do swego bliźniaczego brata...

Troska ludzi o mnie była tak wielka, że jestem wzruszony i zawstydzony. Ale co ja, stary człowiek, mogę teraz jeszcze ofiarować ludziom za wszystkie ich objawy sympatji i miłości? Stworzyć nowe rzeczy? To będzie trudno!! — Uczyniłem spostrzeżenie, że wielka masa ludzi w ciężkich nowych przypadkach wogóle chętnie zapytuje, co „Ten" czy „Ów" powie w tej sprawie. Takie popularne jednostki mogą — choćby same nowych rzeczy nie tworzyły — ale dzięki temu, że trzymają się razem i trwają pewnie przy tem, co prawdziwe, dobre, piękne i mężne — takie jednostki mogą pomagać w przeprowadzaniu wielkich tłumów do dobra i piękna. Chętnie teraz zadowolnię się tem, żeby być jednym z „Owych"..." —

Zbyt sceptyczne było to zapatrywanie Billrotha, albowiem w ostatnich latach swego życia rozwijał jeszcze bardzo żywą działalność na najrozmaitszych polach. —

Inne nastawienie życiowe Billrotha od czasu choroby, w ciągu której widział śmierć tak blisko, nie pochodziło bynajmniej stąd, iżby śmierć miała być dla niego zjawiskiem nowem; napatrzył on się jej dosyć w najróżniejszych postaciach i nigdy jako zimny eksperymentator — takim był tylko przy mikroskopie lub w sali sekcyjnej — ale zawsze jako ten, który pełen współczucia niósł pomoc. Jednak myśl o śmierci staje się odtąd u niego jakoby elementem składowym wszystkich poczynań. Wydaje się, jakoby się spieszył, jakby obawiał się, że może mu zbraknąć czasu. Nęka go troska, czy zdoła zabezpieczyć rodzinę. Zjawia się coraz częściej to, czego nienawidził: zmienne nastroje. Wspaniałem i przejmującem jest zjawisko, jak człowiek ten, pełen wewnętrznego niepokoju, stara się wobec chorych zachować spokój ducha; jak rzesze chorych garną się, by usłyszeć słowa otuchy z ust tego, którego myśli o śmierci nie opuszczają ani na chwilę.

Z tych ostatnich lat jego życia pochodzi wyjątek z listu do Brahmsa, (pisany białym wierszem, Billroth często pisał wierszem) który pozwoli wniknąć nieco za kulisy życia duchowego tego wielkiego profesora, który rzuca światło na rozterkę duchową, w jakiej się znajdował, a odznacza się ogromną siłą wyrazu i rzadko spotykaną bezpośredniością. Oto pisze:

„Tylko walka, i zawsze walka! Kiedyż wreszcie nastanie pokój? Już nie mogę znieść, gdy mnie ludzie codzień gnębią, gdy wymagają odemnie rzeczy niemożliwych! Ponieważ wniknąłem nieco głębiej niż inni w tajemnice przyrody, sądzą, że potrafię narówni z bogami przez cuda usuwać cierpienie, wyczarować szczęście; a przecież jestem tylko człowiekiem jak inni. Gdybyście wiedzieli, jak we mnie wre, kiedy zamiast wyleczenia mogę zaledwie niepewnemi słowy pociechę dać straconym. Powiecie może: „Świat podziwia Cię za to, co potrafisz pomódz tam, gdzie inni nic nie mogą zrobić, że można Ci zazdrościć wdzięczności tysięcy". Ale ja nie chcę i nie mogę poddać się myśleniu człowieka codziennego. Ja nie chcę słyszeć o granicach, jakie wytyczone są działaniu ludzkiemu, bo moja tęsknota zmierza tam, gdzie niema granic. A jeśli muszę cofnąć się przed temi granicami, to pozwólcie mi odejść, nie widzieć cierpień ludzi i żyć wyłącznie dla sztuki i mych upodobań. Mam cały wielki świat w sobie i w nim chciałbym być szczęśliwy. Będziecie pewnie szydzić: „Nie potrafisz tego, bo to, co chcesz odrzucić jest zbyt silnie związane z twem życiem!" Cóż ma się tedy stać ze mną, podziwianym a bezbronnym? Pomóżcie mi, wierni, i oddajcie dziecinny sen życia!"

To nie są słowa egzaltowanego młodzieńca, ale to jest wstrząsająca spowiedź wielkiego, podówczas 60-letniego profesora.

Przyjaźń z Brahmsem ulega także pewnym zmianom. Pewne zachmurzenia zdarzały się już może i przedtem. Może pierwszem ledwo dostrzegalnem nieporozumieniem było to, że Billroth nie miał nigdy dobrego słowa dla ojca Brahmsa, za ciężką młodość, jaka Brahmsowi przypadła w udziale. Brahms jednak otaczał ojca swego nadzwyczajnym pietyzmem. Sczasem dawały się u obu odczuwać różnice usposobień: Brahms kochał silnego, zdrowego, pełnego pogody Billrotha. Jednakże okresy ciężkich depresyj, jakim Billroth przy swym potężnym temperamencie ulegał, były dla Brahmsa czemś niesamowitem. Z drugiej strony Brahms ze swem usposobieniem, które przy bylejakiej sposobności stawało się ostre i kłujące, jakoby jeżowate, był dla Billrotha wielką zagadką.

Od czasu swej choroby Billroth reaguje żywiej na różne wydarzenia, które dawniej rozprysłyby się bez śladu o jego wspaniałą naturę. W r. 1889 zapraszał Billroth kilkakrotnie Brahmsa do swej willi w St. Gilgen w Salzkammergut. Ten nie przyjechał, mniemając bezpodstawnie, że zarówno żona jak i córka Billrotha Elza niebardzo życzą sobie jego przyjazdu. A właśnie obie panie nie mogły darować Brahmsowi tego, że nie zrobił tej przyjemności schorowanemu Billrothowi. Billrotha bardzo bolało to wahanie przyjaciela.

Dla Elzy, córki Billrotha, był Brahms bożyszczem jako muzyk, nie jako człowiek. Obdarzona przepięknym głosem, była jakby stworzona do wykonywania pieśni Brahmsa, któremi czarowała między innymi swego tak bardzo muzykalnego ojca. Nigdy jednak nie chciała śpiewać w obecności Brahmsa. Być może, iż w swej dumie obawiała się, że Brahms ze względu na ojca będzie czuł się zniewolonym nieszczerze ją chwalić. Brahms znowuż nigdy nie namawiał jej do śpiewania, obawiając się zapewne tego samego. Billroth w sprawie tej nie zabierał głosu. Elza nauczyła się za Joachimem, wielkim skrzypkiem, przyjacielem Brahmsa, odróżniać Brahmsa-artystę od Brahmsa-człowieka, który ją nieraz swem zachowaniem odpychał.

Zaczynają razić Billrotha pewne właściwości jego wielkiego przyjaciela. Zaczyna razić go ironiczny i sarkastyczny sposób odzywania się Brahmsa do różnych ludzi, dla których nieraz bez powodu stawał się uszczypliwym i jadowitym, ba! wręcz obrażającym.

Billroth znowuż ze swej strony dwukrotnie skrzywdził Brahmsa, zarzucając mu niewątpliwie w zdenerwowaniu próżność i manię wielkości, czego mu Brahms długo, nawet po śmierci Billrotha nie mógł zapomnieć. Raz mianowicie, kiedy prosił Brahmsa o wpisanie kiuku słów, do albumu jakiejś osobistości, Brahmsowi niesympatycznej, Brahms wpisał tylko nazwisko. Drugi raz, kiedy Brahms nie chciał pozować rzeźbiarzowi, który miał wykonać jego popiersie. A jednak Brahms nie odznaczał się nigdy zarozumiałością i tylko pewne przewrażliwienie, jakie dawało się u Billrotha od czasu jego choroby zauważyć, mogło wytłumaczyć te krzywdzące zarzuty.

---

[1]) Lekarz, później profesor balneologji, zaprzyjaźniony z Billrothem.

W czasie takiego podrażnionego nastroju łatwo o dalsze błahostki, zaostrzające stosunek. Razi Brahmsa fakt, że Billrothowi podoba się „Werther" Masseneta, ta „przesłodzona, chorobliwie miękka muzyka" jak mówił. Podejrzewa, że smak muzyczny przyjaciela uległ zmianie.

W jesieni 1892 r. ma miejsce zdarzenie, które znacznie pogłębiło rozdźwięk: Oto Hanslick przesyła Brahmsowi, na prośbę tegoż, szereg listów Billrotha, zawierających jakby niewydane piękne i entuzjastyczne recenzje i analizy jego utworów. Przez nieuwagę przesyła również list, w którym Billroth czyni spostrzeżenie, że Brahms, podobnie jak Beethoven, nie może i nie umie uwolnić się od wpływów, wytworzonych przez brak właściwej opieki i wychowania w młodości. Głęboko to zabolało Brahmsa. W swym bardzo smutnym liście pisze Hanslickowi, że nawet najbliżsi uważają go za coś innego, aniżeli jest w istocie.

Billroth o tem wszystkiem nie wiedział, gdyż Hanslick nie miał odwagi donieść mu o tem. Przypadek zrządził, że w niedługi czas później odbyć się miał wieczór muzyczny w domu Billrotha, urządzony z okazji ustąpienia rektora Exnera. Wówczas Brahms ociągał się nieznośnie z graniem, co Billrotha ogromnie uraziło. Był to ostatni wspólny wieczór muzyczny.

W zimie — jest to przedostatnia zima w życiu Billrotha — poprawia się nieco jego zdrowie, stosunek do Brahmsa staje się znowu cieplejszym. Brahms zapowiada samorzutnie swój przyjazd do Billrotha. Sprawiło to Billrothowi wielką radość; radość ta byłaby jeszcze większą, gdyby było istotnie do tych odwiedzin doszło. Niestety spowodu grypy, na którą zapadł, musiano odwiedziny odłożyć. Grypa ta znacznie pogorszyła stan jego schorowanego serca.

Za życzenia na swe 61-sze urodziny dziękuje Billroth Brahmsowi i pisze następująco:

„Symfonja życiowa, po 61 taktach staje się nieco niepokojąca, a nie widzi się jeszcze końca. Po mej ciężkiej chorobie przed dwoma laty jest to właściwie tylko koda przedłużona. Szkoda, że nie można przeprowadzić gruntownej rewizji, polegającej na wykreśleniach jednych a wstawieniach lepszych motywów. Odgrywa się jednak życie à vista, według partytury przedłożonej przez *fatum*, z większą lub mniejszą zręcznością".

W tych ostatnich latach swego życia pracuje Billroth z wielkiem umiłowaniem nad swem dziełkiem muzykologicznem, stanowiącem koronę i punkt kulminacyjny jego działalności muzycznej, zatytułowanem: „Kto jest muzykalnym" *(„Wer ist musikalisch")*. Nic dziwnego, iż jego, przyrodnika, interesowały zagadnienia, dotyczące istoty i źródeł muzykalności. Dziełko to, którego nie zdołał dokończyć, wydał po śmierci jego Hanslick. Jak wszystkie jego prace, tak i ta odznacza się jędrnym, zwartym i jasnym stylem. 7 rozdziałów składa się na nią:

1. O rytmie.
2. O stosunku wysokości, siły i barwy tonu do ustroju.
3. O rozwoju od muzykalności do artyzmu.
4. O wpływie muzyki na nas.
5. O związku muzyki z innemi sztukami.
6. Zmysły i sztuki.
7. Kto jest muzykalny.

W opracowaniu zagadnienia przewagi ilościowej tonacyj mollowych nad durowemi w starej muzyce, której przyczyna miała tkwić w tem, iż tonacje mollowe miały lepiej odpowiadać nastrojom ludowym, był mu pomocnym Brahms i Hanslick. Zestawienia statystyczne, jakie dla niego Brahms porobił, wykazały jednak, iż tak nie było, że tonacje mollowe bynajmniej nie przeważały. Billroth wobec tego zmodyfikował swe mniemanie w tym kierunku, iż tylko w najdawniejszych zaczątkach muzyki przeważały tonacje mollowe z przyczyn fizjologicznych: oto pieśni ułożone w tonacjach mollowych miały przy wykonywaniu wymagać mniejszego wysiłku mięśni krtani. Pragnął uzupełnić obliczenia Brahmsa w tym kierunku, iżby dokładnie wydzielić i osobno uwzględnić najstarszą muzykę. Nie starczyło mu na to jednak już życia. Problem ten dotąd nie jest rozwiązany. Jak w nauce, tak i w muzyce Billroth posługiwał się metodą statystyczną, uważając ją za podstawę wszelkich ścisłych dociekań.

Brahms z książką Billrotha się nie zgadzał. Nie odpowiadały mu założenia, oparte na teorjach Helmholtza. Nie godził się również na socjologiczny punkt widzenia, w myśl którego muzyka ma działać nietylko przez swe tworzywo, ale też przez pryzmat już istniejących poglądów muzycznych. Brahms wogóle nie lubiał dociekań psychologicznych ani estetycznych w muzyce.

Nad dziełkiem tem pracuje Billroth dosłownie do ostatnich dni swego życia. Na 4 dni przed śmiercią pisze następujący wizyjny ustęp, który dołączył do rękopisu pracy o muzyce:

„Jest noc; dokoła mnie już dawno zapanowała cisza głęboka, teraz i we mnie robi się cicho. Duch mój zaczyna wędrować; nade mną rozpostarte błękitne niebo. Unoszę się bez ciała. Dźwięczą najpiękniejsze harmonje niewidzialnych chórów w łagodnych rytmach, jak oddech wieczności. Słyszę również głosy, jako cichy szmer: „Pójdź, zmęczony człowieku, uczynimy cię szczęśliwym. Wśród czaru tych sfer uwolnimy cię od m y ś l e n i a, tej najwyższej rozkoszy i najgłębszego cierpienia ludzkości. Będziesz się czuł jako cząstka wszechbytu, będziesz rozproszony w nim i zdolny go odczuwać".

W kilka dni później, dnia 6 lutego 1894 r. umiera Billroth w Abacji, wśród objawów niedomogi serca, przeżywszy lat 64.

Dla Brahmsa była śmierć Billrotha, z którym pozostawał do ostatnich dni w żywej korespondencji, ciężkim ciosem. Przyjaciele Billrotha brali mu za złe jego odsuwanie się w ostatnich czasach. A jednak jego szorstkość i nierówność, które wielu uważało za brak serca i uczucia, należy brać z szerszego punktu widzenia. Były one wynikiem jego losu. Brahms sam znał swe braki, swą niezręczność w postępowaniu wobec przyjaciół, ale nie umiał się zmienić. Nie mógł uciec od swego charakteru. Do niego możnaby zastosować słowa, wypowiedziane nad grobem Beethovena przez poetę Grillparzera: „Ponieważ zamknął się od świata, nazwano go nienawistnym, ponieważ unikał uczucia, mieniono go nieuczuciowym. Ale kto jest twardym, ten nie ucieka. Właśnie nadmiar uczuciowości każe uciekać przed uczuciem".

Na prośbę Brahmsa przesyła mu wdowa po Billrocie — acz niechętnie — pozostałe pieśni Billrotha. Brahms zamierza wraz z Hanslickiem wydać drukiem te utwory. Wdowa jednak sprzeciwia się temu, posłuszna woli zmarłego. W swym testamencie bowiem zarządził Billroth, by kompozycyj jego ani nie wydawać drukiem ani nie wykonywać publicznie. Wydano drukiem tylko jedną jego pieśń w zbiorze listów jego, pieśń pełną powagi i smutnego nastroju do słów Herwegha „Tęsknota za śmiercią".

Szereg razy odwiedza Brahms wdowę po Billrocie, pełen wspomnień o swym niezapomnianym przyjacielu. Sam umiera w 3 lata później.

* * *

Jestem u kresu swoich rozważań. Usiłowałem dać choć w przybliżeniu obraz wspaniałego człowieka, zdając sobie zgóry sprawę z trudności zadania. Jakkolwiek nie mamy do dyspozycji utworów muzycznych Billrotha, tego najważniejszego podłoża, na którem moglibyśmy oprzeć i zbudować nasz sąd, to jednak ze względu na rolę jaką odegrał w życiu muzycznem swej epoki, ze względu na oddziaływanie na Brahmsa, ze względu na swą pracę muzykologiczną i t. d. zajmować będzie w historji muzyki poczestne miejsce. Ponadto wydaje mi się dziś, kiedy myśl nasza tak niechętnie zwraca się do wszystkiego co należy do przeszłości, kierując swe drogi jedynie do teraźniejszości lub przyszłości, wydaje mi się, że właśnie w osobie i życiu Billrotha jest ten rzadki przykład z dawnej przeszłości, który potrafi porwać i wzruszyć; że w życiu jego, o tak bardzo wysokim stylu, tyle znajdujemy przepysznych momentów, iż pełnemi garściami czerpać z niego możemy skarby dla nas samych.

Tu przytoczę słowa Przybyszewskiego, dotyczące Chopina:

„Ale nanic nie zdadzą się wszelkie, najpiękniejsze chociażby parafrazy. Trzeba studjować muzykę jego, trzeba śledzić myśl jego krok w krok poprzez tysiączne jej rozgałęzienia, aby ocenić, jaką jest wartość Jego".

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

S. BOROWIECKI. Poznań.

Wrażenia z II Międzynarodowego Kongresu Neurologów w Londynie.

Wracając z II Międzynarodowego Kongresu Neurologów w Londynie (29. VII. — 2. VIII. 1935), a zarazem z krótkiego, bo 13-dniowego zaledwie, pierwszego pobytu w Anglji, odczuwam potrzebę podzielenia się wrażeniami i refleksjami, jakie mi się tam nasunęły. Przychodzi mi to tem łatwiej, że trudności, jakie się dzisiaj przy przekraczaniu granic spotyka, zdają się powodować, że mimo rozszerzania się turystyki, spotkania międzynarodowe są wydarzeniem niecodziennem. Wrażenia te, chwytane w pośpiechu, mogą być powierzchowne, potrącają one jednak zagadnienia pierwszorzędnej wagi. Nie jest to nauka sama, ale coś o życiu, które naukę tę wydaje.

Kongresy są tylko jedną z form współczesnej organizacji prac naukowych czy innych i nie przeceniam najzupełniej zna-

czenia kongresów w pracy badawczej. Liczę się zgóry z przeładowaniem ich programów wykładami i komunikatami oraz często zbyt wielkim udziałem próżności osobistej czy narodowej w kształtowaniu tych programów. Niemniej cenię je wraz z innymi jako zwięzły pokaz dorobku dokonanego w pewnej dziedzinie czy jako ułatwienie orjentacji wśród aktualnych zagadnień interesujących badaczy pewnego okresu, a, co najważniejsza, jako okazję do zetknięcia się choćby tylko bardzo przelotnego z żywemi indywidualnościami różnych badaczy i przez coraz to nowy wybór miejsca kongresu, z nowemi i odmiennemi od naszych terenami pracy, a więc z tem, coby można nazwać socjologją nauki. Przez wyrwanie nas z naszych zajęć codziennych, kongresy mogą nas chronić wreszcie od zasklepienia się i skłonności wpadania w rutynę.

Pobyt w Londynie w miejscu międzynarodowego spotkania neurologów wydał mi się jako mieszkańcowi kontynentu, a zwłaszcza Polakowi mało z kulturą angielską obeznanemu, szczególnie pociągający i obiecujący. O wyborze tym zdecydowały z jednej strony zwiększające się w powojennej neurologji wpływy anglosaskie, z drugiej stuletnia rocznica urodzin znakomitego neurologa angielskiego Hughlingsa Jacksona, którego podobiznę umieszczono na znaczku kongresowym.

Rocznica, pod znakiem której kongres się odbywał, wysunęła na czoło zagadnień naukowych kongresu padaczkę. Poświęcono jej cały pierwszy dzień kongresu, a nadto codziennie jedno z 7 popołudniowych równocześnie odbywających się posiedzeń sekcyjnych w 3 dalsze dnie kongresowe, a więc ni mniej ni więcej tylko 50 wykładów i komunikatów. Drugiem zagadnieniem zjazdu była fizjologja i patologja płynu mózgowo-rdzeniowego, trzeciem czynności płatów czołowych mózgu, a czwartem *hypothalamus* i reprezentacja układu autonomicznego w ośrodkowym układzie nerwowym. Prace sekcyj poświęcone były poza padaczką różnorodnym kwestjom anatomji, fizjologji i patologji układu nerwowego, fizjologji układu autonomicznego, klinicznej fizjologji, neurologji klinicznej, neurologji doświadczalnej, płynowi mózgowo-rdzeniowemu, nowotworom mózgowym, metodom diagnostycznym, leczeniu chirurgicznemu i innym metodom leczniczym, a także psychopatologji.

Wykładów zgłoszono więcej, niż wygłoszono. W programie było ich 287, ponad program odbyły się wykłady Pawłowa z Leningradu i Sherringtona z Oxfordu. O znacznym wpływie angiosaskim świadczy między innemi fakt, że z 39 wykładów na tematy główne było 13 w języku angielskim, 12 w języku niemieckim i 8 w języku francuskim. Obecność 85-letniego uczonego sowieckiego Pawłowa na kongresie stała się sensacją nietylko dla członków kongresu, z których każdy chciał usłyszeć jego wykład, a nawet uzyskać jego podpis na odbitce wygłoszonego odczytu, ale także dla prasy angielskiej, która wogóle interesowała się kongresem mało. W prasie umieszczono wielkie artykuły z sensacyjnemi tytułami: Pawłow porównywa psy i ludzi, nie mamy być z czego dumni i t. d., a jedno z pism wysłało nawet specjalnego korespondenta, aby towarzyszył mu w drodze powrotnej z Londynu do Doveru i przeprowadził z nim rozmowę. Korespondent ten ogłosił potem artykuł z szeregiem sensacyjnych tytułów na temat, czem jest według Pawłowa genjusz, strach, jakim będzie przyszły człowiek, co to jest miłość i t. d.

Nie jest moim celem omawianie ani ocena krytyczna prac przedstawionych na kongresie, pozwolę sobie natomiast zatrzymać się nieco dłużej nad temi szczegółami organizacji kongresu, które dają nam możność dopatrzenia się odrębności świata lekarskiego w Anglji, oraz naszkicować choć pobieżnie warunki pracy medycyny i neurologji angielskiej. Dziwić kogoś może, że zacznę od przyjęć, jakie zorganizowano dla członków kongresu, jednak w nich właśnie odrębność medycyny angielskiej znalazła między innemi swój wyraz. Pierwszego wieczora podejmował uczestników kongresu Królewski Komitet Przyjęć w Lancaster House — inaczej London Museum — w okazałym budynku, w którym zgromadzone są eksponaty ilustrujące historję i starożytność Londynu. Po przedstawieniu gości ministrowi zdrowia i patronowi Kongresu Sir Kingsley Wood'owi i przechadzce przez sale tego muzeum, na parterze gmachu i w przyległym ogrodzie odbyło się przyjęcie. Nazajutrz byli członkowie kongresu podejmowani przez Royal College of Physicians i Royal College of Surgeons. Ze względu na niemożność przyjęcia wszystkich w jednej z tych instytucyj, należało wybierać jedno albo drugie zaproszenie. Ponieważ nie jestem chirurgiem, wybrałem zaproszenie Royal College of Physicians. Instytucja ta ma swą siedzibę w środku Londynu tuż przy Trafalgar Square w budynku o klasycznym froncie z początku XIX wieku, ozdobionym posągami Linacre'a, który założył to kolegjum w r. 1518, Harvey'a i Sydenham'a. Ściany obwieszone portretami sławnych lekarzy, biusty i nagromadzone pamiątki z dawnych lat instytucji, a wreszcie sam lord Dawson of Penn, ubrany w ozdobną togę, któremu wszyscy goście byli przedstawiani, wszystko to nadawało temu przyjęciu szczególnie uroczysty charakter. Trzeciego wieczoru byli wszyscy zaproszeni przez Sekcję Neurologiczną Royal Society of Medicine do domu British Medical Association na Tavistock Square na wykład prof. Otfrida Foerstera z Wrocławia ku uczczeniu Jacksona: o korze mózgowej człowieka w świetle nauki Hughlingsa Jacksona. Na zebraniu tem wręczono dyplomy nowym członkom honorowym Sekcji Neurologicznej prof. Foersterowi, prof. Pawłowowi, prof. Marinesco, prof. Nonnemu i prof. Christiansenowi. Czwartego dnia wieczorem odbył się bankiet w jednym z najwspanialszych hoteli na Park Lane, a piątego dnia wieczorem podejmowani byli członkowie kongresu przez Royal Society of Medicine na Wimpole Street. Głównym punktem programu tego ostatniego przyjęcia było kilka filmów (nielekarskich).

Jak z przeglądu tych przyjęć wynika, zwraca w nich na siebie uwagę żywy udział instytucyj korporacyjnych, które posiadają tu wielką przeszłość, bogate wyposażenie, piękne gmachy, bibljoteki i niekiedy muzea (jak np. Royal College of Surgeons). Na czoło tych instytucyj wysuwa się Royal College of Physicians i Royal College of Surgeons, które przyjmowały członków kongresu nazajutrz po przyjęciu wydanem przez rząd. Są to instytucje niepaństwowe o charakterze korporacyjnym, które posiadły prawo egzaminowania, udzielania stopni naukowych i różnych przywilejów. Prawo praktyki lekarskiej w Anglji można zdobyć poza uniwersytetem na podstawie egzaminów w Royal College of Physicians i Royal-College of Surgeons. Nie-anglik, posiadający dyplom nie-angielskiego uniwersytetu, może w ten sposób uzyskać możność praktyki, Anglik natomiast stara się zdobyć poza tytułem uniwersyteckim jakiś tytuł tych instytucyj, aby móc posunąć się wyżej w karjerze lekarskiej. Rola tych instytucyj lekarskich da się porównać *mutatis mutandis* z rolą t. zw. *Inns of Court* w zakresie prawa, a więc starożytnych związków prawniczych kształcących w zakresie prawa i jedynie dopuszczających do praktyki prawniczej, których siedziby (zwłaszcza najstarszy Gray's Inn in Holborn) z ich starożytnemi, a dostowanemi do potrzeb współczesnych kolegjami, stanowią jedne z najbardziej godnych widzenia osobliwości Londynu zarówno pod względem historycznym, architektonicznym, jak zwyczajowym.

Rola uniwersytetu nie wysuwa się w Londynie na plan pierwszy. Uniwersytet udzielił kongresowi miejsca na posiedzenia w University College na Gower Street. Wśród nazwisk miejscowych organizatorów kongresu, nie jak pomiędzy przedstawicielami zagranicznymi neurologij, napróżno szukalibyśmy licznych tytułów profesorskich. Uniwersytet Londyński założony w r. 1836 stanowił do r. 1900, a więc do reorganizacji uniwersytetu jedynie instytucję egzaminującą.

Właściwe nauczanie medycyny odbywa się w szkołach medycznych, rozlokowanych w głównych szpitalach londyńskich. Szkół tych, noszących miano Schools of the University, jest w Londynie 12. W St. Mary's School wśród uczących posiada jedynie 6 tytuł profesora. Są to profesorowie anatomji, fizjologji, medycyny, chirurgji, patologji eksperymentalnej i bakterjologji. Przebieg studjów lekarskich opracowany jest przez instytucję zwaną General Medical Council, która odpowiada w pewnej mierze naszej Izbie Lekarskiej i której zadaniem jest także czuwanie nad godnością stanu lekarskiego.

Uniwersytet daje kończącemu szkołę medyczną tytuł Bachelor of Medicine, a zarazem Bachelor of Surgery, co wyraża on czterema literami: B. M., B. S. z dodatkiem w nawiasie uniwersytetu, na którym tytuły te zostały uzyskane. Doktoryzować się wolno dopiero w 2 lata po ukończeniu szkoły, doktoryzacja daje prawo dopisania dalszych liter: M. D. lub M. S. (Doctor of Medicine lub Master of Surgery). Dla torowania sobie drogi w karjerze lekarskiej i zdobywania stanowisk o wiele ważniejsze są jednak tytuły udzielane przez Royal College of Physicians i Royal College of Surgeons. Royal College of Physicians daje ich trzy: Licentiate, Member i Fellow, Royal College of Surgeons dwa: Member i Fellow. Jak wymienione wyżej tytuły, podawane one są zazwyczaj w skrócie po nazwisku: M. R. C. S. (Member of the Royal College of Surgeons), L. R. C. P. (Licenciate of the Royal College of Physicians), F. R. C. P. (Fellow of the Royal College of Physicians) i t. d.

Z wycieczek zorganizowanych przez Komitet Organizacyjny Kongresu, którym poświęcono jeden dzień kongresu, miało się do wyboru cztery możliwości: Oxford, Cambridge, wyścigi konne w Goodwood lub Lingfield Epileptic Colony. Wybrałem Oxford. Zwiedzenie najstarszego uniwersytetu angielskiego wydało mi się bowiem najcenniejsze dla zrozumienia kultury angielskiej. Już

zwiedzanie Inns of Court w Londynie, tej instytucji przygotowującej fachowców w zakresie prawa, daje pojęcie o wielkim udziale tradycji w kształceniu młodzieży i o tendencji narzucenia jej pewnej stopy życiowej i kultury, co między innemi znajduje swój wyraz w obowiązku zjedzenia przepisanej ilości wspólnych obiadów. Niemniej dopiero w Oxfordzie czy Cambridge można sobie zdać choć pobieżnie sprawę z angielskiego ideału wychowawczego. Osobliwością życia uniwersyteckiego w miastach są słynne Colleges, owe gmachy o charakterze klasztornym, których dzieje sięgają niekiedy średniowiecza, w których studenci żyją wygodnie i dostatnio, ucząc się i oddając sportom, pod czujną opieką ogarniającą nietylko ich postępy w nauce, ale także zachowanie się. Nie kształcenie fachowców, jak to świeżo pisał I n f e l d w Gazecie Polskiej (7, 9, 13 i 16. VIII. 1935), jest celem tych uniwersytetów, dbają one o wychowanie, ogólną kulturę, samodzielność i umiejętność przystosowywania się i przygotowują przyszłych obywateli Imperjum Brytyjskiego, kandydatów na naczelne stanowiska w państwie. Jest charakterystyczne, że nawet u fachowców cenią Anglicy, uchodzący za naród bardzo praktycznie nastawiony, wykształcenie ogólne. Podobno bardzo cenną rekomendacją dla kandydata na lekarza pracującego naukowo czy lekarza szpitalnego są studja na którymś ze znanych uniwersytetów angielskich i to niekoniecznie na przyrodzie czy medycynie, lecz w zakresie humanistyki.

Mimo cały swój imperjalizm brytyjski Anglicy są skromni i Komitet Organizacyjny Kongresu prócz zakładu dla epileptyków (Lingfield Epileptic Colony), z którego musiałem zrezygnować na korzyść Oxfordu, nie pokazał nam żadnych szpitali i klinik. Chcąc zorjentować się zatem w warunkach pracy neurologji angielskiej, udałem się na własną rękę do najbliższego szpitala neurologicznego — Hospital for Epilepsy and Paralysis na Maida Vale, jednego z 3 czysto neurologicznych szpitali londyńskich. Jest to piętrowy budynek na szerokiej i miłej ulicy, oddzielony od niej parkanem, na którym z drugiej strony ulicy przeczytać można wypisane czarnemi i czerwonemi literami wezwanie do przechodniów i przejezdnych mniejwięcej następującej treści: „Zdrowy człowieku, który przechodzisz, zatrzymaj się chwilę i pomyśl, ile cierpienia może ulżyć szpital podobny. Szpital ten leczy ponad 6.000 osób rocznie. Wejdź i rzuć pieniądz do puszki". Na innej tablicy czytamy, że szpital ma stały brak bielizny, niema poczekalni, potrzebuje urządzenia pokojów konsultacyjnych, łóżek i pracowni, w których chorzy mogliby być zajęci i uczyć się rzemiosł. Dalsza tablica podaje, że szpital potrzebuje pomocy, i zaznajamia z rocznym budżetem szpitalnym (45.000 funtów szterlingów). Jeszcze dalej rzuca się w oczy zdanie, że najwyższą cnotą jest miłość bliźniego i znowu informacja, że szpital potrzebuje więcej łóżek, że ma ich tylko 88, a musi mieć 120, bo pacjenci czekają. Czytając te wielkie tablice byłem w pierwszej chwili nieco zdumiony. Tłumaczy się to jednak tem, że szpital ten, jak większość szpitali angielskich, jest założony i utrzymywany przez ofiary dobrowolne, co świadczy w gruncie rzeczy o wielkiej zamożności społeczeństwa. Fakt, że szpitalnictwo to żyjące z dobroczynności publicznej zdaje się zaspokajać potrzeby i dość wysokie wymagania społeczeństwa angielskiego i że urządzenie wewnętrzne tego szpitala, porządek, czystość i brak przepełnienia nie pozwalało wyciągać z tych wezwań do publiczności jakichś ujemnych wniosków o stanie tego szpitala. Nieco więcej zdziwił mnie pewien rodzaj reklamy, jaki wyczytałem na innym odcinku parkanu szpitalnego: „Rak mózgu jest cierpieniem strasznem. Przed 50 laty w tym szpitalu usunięto nowotwór mózgu przez operację chirurgiczną. Nigdy przedtem tego nie robiono, odtąd tysiące cierpiących korzysta z tego dobrodziejstwa. Proszę, zasil puszkę. Poszukuje się darów i zapisów". Zwrot ten razi swym optymizmem, świadczy jednak niewątpliwie o nastawieniu neurologji angielskiej na chirurgję neurologiczną.

W szpitalu tym pracuje 2 młodych lekarzy, którzy są płatni i mieszkają w szpitalu (House Physicians) oraz około 10 lekarzy dochodzących neurologów czy innych specjalistów, potrzebnych w szpitalu neurologicznym, jak otjatra, okulista, psycholog, a przedewszystkiem chirurg. Prócz współpracy chirurga zwraca tu uwagę obecność psychologa. Lekarze ci pracują bezinteresownie. Szpital ten posiada małą salkę operacyjną i 2 małe pokoiki laboratoryjne, przeznaczone do badań płynowych. Ambulatorjum szpitalne przyjmuje parę razy w tygodniu licznych chorych przychodzących, którzy na miejscu mogą znaleźć posiłek i kupić lekarstwa.

Jak dowiedziałem się w szpitalu, nie wybrałem najlepiej. Okazało się bowiem, że głównym ośrodkiem neurologji naukowej w Londynie jest nieco większy szpital, noszący również archaiczną nazwę, National Hospital for the paralysed and epileptics na Queens Square. Pracuje w nim właśnie przewodniczący komitetu organizacyjnego dr. G o r d o n H o l m e s i sekretarz generalny dr. K i n n i e r W i l s o n, a pracowali niegdyś J a c k s o n, G o w e r s, H o r s l e y, S a r g e n t i inni, a z naszych lekarzy dr. Józef H a n d e l s m a n, który ogłosił swe listy z Londynu w „Neurologji Polskiej" w r. 1910. National Hospital ma lepsze warunki pracy. W nim uczniowie wszystkich szkół lekarskich odbywają paromiesięczną praktykę neurologiczną. Ma on 2 pracowników, pracujących wyłącznie naukowo, płatnych z Fundacji Rockefellera. Zewnętrznie szpital ten przedstawia się podobnie. Jest on taksamo instytucją prywatną, zwraca się także do dobroczynności publicznej i podobnie przedstawia się jego organizacja wewnętrzna. Rzecz godna uwagi, że szpitale te nie mają dyrektora lekarza, administruje nimi nie lekarz Superintending Officer, a lekarze neurologowie i inni specjaliści, niezbędni w praktyce neurologicznej, współpracują w nich, dzieląc się salami, a nawet łóżkami chorych. W szpitalu tym panuje zatem jakiś system, który możnaby nazwać w pewnem znaczeniu parlamentarnym, w którym na plan pierwszy wysuwa się to, coby można nazwać *savoir vivre'm* czy kodeksem gentlemana. Chociaż stanowiska w szpitalach tych są bezpłatne, lekarze często ubiegają się nawet o miejsce w kilku szpitalach, ofiarowując swą pracę w różne dnie i godziny, zwłaszcza starając się zdobyć jakieś zajęcie w którejś ze szkół lekarskich. Niewielu lekarzy posiada tam własne lecznice, gdyż te, t. zw. nursing-homes, są raczej w posiadaniu wykwalifikowanych pielęgniarek, nie mają też oni zysków z kliniki czy ambulatorjów, stanowisko lekarza szpitalnego jest jednak najlepszem poleceniem dla prywatnej praktyki lekarskiej.

Niezależnie od szpitali czysto neurologicznych istnieją w Londynie mniejsze oddziały neurologiczne w szpitalach szkół lekarskich czy innych, w których neurologowie rozporządzają poszczególnemi salami czy łóżkami.

Należy wreszcie nadmienić, że szpitale neurologiczne, jak wszystkie większe szpitale londyńskie, urządzają co jakiś czas posiedzenia kliniczne o charakterze naukowym. Pozatem istnieje Sekcja Neurologiczna w Royal Society of Medicine.

Jeśli teraz na zakończenie zadamy sobie pytanie, jakie wrażenie sprawia neurologja angielska, poznawana z okazji kongresu w sposób tak turystyczny czy kinematograficzny, to sądzę, że przedewszystkiem należy podkreślić jej oparcie się o przeszłość, które w sposób zadziwiający i niemal paradoksalny jest równocześnie zapewnieniem jej kontaktu z życiem bieżącem i normalnego rozwoju w przyszłości. Neurologja ta wyrosła z potrzeb życia klinicznego, w którem na czele stoi nauczanie chorób wewnętrznych i chirurgja, jest w kontakcie ze wszystkiemi innemi działami medycyny, ceni dobry eksperyment i zachowuje się czynnie wobec choroby, starając się połączyć neurologiczną dokładność obserwacji ze sprawnością chirurga. Może mniej tam uczonych profesorów, ale zato więcej samodzielnych i wykształconych naukowo lekarzy, wyrobionych w twardej szkole życia. Za godną szczególnego podkreślenia uważam współpracę neurologów z przedstawicielami innych specjalności w szpitalach neurologicznych w rozmiarach większych, niż to się dzieje gdzieindziej, i uzupełniającą się wzajemnie pracę w różnych instytucjach naukowych.

W szpitalnictwie angielskiem dają się jednak zauważyć także ujemne rysy. Myślę, że wiążą się one z zależnością tego szpitalnictwa od dobroczynności publicznej. Wolność osobista i swoboda, jaką jednostka w Anglji posiada, nie były widać podłożem, na którem mogły powstać w tej dziedzinie dzieła monumentalne czy programowe, jakie widzimy np. w Niemczech, że wymienię tu dla przykładu takie instytucje w Monachjum, jak: *Deutsche Forschunganstalt f. Psychiatrie,* klinikę psychjatryczną czy pedjatryczną lub *Schwabinger Krankenhaus*[1]). W związku z tem myślę, że i życie lekarza angielskiego, a więc życie neurologa może jeszcze w większym stopniu, nie jest łatwiejsze, zwłaszcza w dzisiejszych kryzysowych czasach, niż gdzieindziej. Życie to poza chwilami wywczasu ma w sobie coś z wyścigu. Psychika angielska tak wybitnie jednak jest na wyścig wszelkich istot żyjących nastawiona, że być może ułatwia jej to panowanie nad życiem. Człowiek dojrzały i doświadczony potrafi nawet wśród ciężkich warunków pracy zbierać cenne owoce: dowodzą tego prace wybitnych neurologów angielskich.

---

[1]) Pozwolę sobie tu podkreślić miły zewnętrzny wygląd *Schwabinger Krankenhaus* czy artystyczne wejście do kliniki pedjatrycznej, przy którem z jednej strony mamy przedstawione w rzeźbie dziecko niosące koszyk z pożywieniem przerażone przez wilka, z drugiej dziecko uśmiechnięte, a przed niem kot w butach i królik.

Dr. Mieczysław SZAJNA. Kołomyja.

Jeszcze w sprawie nasennego działania preparatu „Perparin" (Chinoin).

Uwagi spowodu notatki Kol. Bincera w P. G. L. Nr. 46. 1935.

W Nr. 46. P. G. L. umieściłem notatkę p. t. „Nasenne działanie preparatu „Perparin" (Chinoin)). Notatkę tę umieściłem jako wynik stałych spostrzeżeń, że chorzy po podskórnem podaniu perparyny (w dawce 0,04) zasypiali. Działanie nasenne tego preparatu jest tak widoczne, że zwróciły na to uwagę również pielęgniarki, wstrzykujące chorym podskórnie perparynę. To nasenne, lekko narkotyczne działanie perparyny występowało również u chorych, niecierpiących spowodu bólów, np. w przebiegu leczenia kamicy nerkowej bez napadu bólów, w spastycznej niedrożności jelit, a więc sen po zastrzyku perparyny nie był odpoczynkiem chorego po okresie bólów, lecz był wynikiem działania perparyny.

Od czasu ogłoszenia tej notatki w P. G. L. miałem sposobność poczynić dalsze obserwacje na ten temat. Obserwacje te umocniły mnie tylko w twierdzeniu, że korzystne działanie perparyny polega na usypiających własnościach tego preparatu. Widziałem bowiem takie działanie u osobników, którym podawano perparynę w dawce 0,04 trzy razy dziennie nie w zastrzyku, ale w czopkach razem z 0,02 belladonny i to u chorych, którzy nie mieli żadnych boleści.

Notatkę, o której mowa, umieściłem jako wynik obserwacyj klinicznych, zawsze cennych, jeżeli chodzi o stosowanie preparatów tak stosunkowo młodych jak perparyna. Obserwacje takie są tem cenniejsze, ponieważ fabryki, wytwarzające te preparaty zalewają szpitale i lekarzy literaturą, stale wychwalającą dany środek. Co się tyczy notatki o działaniu perparyny, to celowo nie umieszczałem literatury w tym przedmiocie, ponieważ notatka moja nosi wyraźnie charakter tylko sprawozdania z własnych obserwacyj klinicznych. Literatura, o której wspomina Kol. Bincer jest mi częściowo znana z odbitek, jakie rozsyła fabryka razem z próbkami. Spostrzeżenia i wnioski, zawarte w tej literaturze nie odbiegają od zwykłego szablonu, cechującego taką literaturę. Niema w niej żadnych oryginalnych spostrzeżeń i wniosków; są tylko utarte wiadomości o działaniu przeciwskurczowem perparyny, znane każdemu z podręczników farmakologii, w których jest mowa o papawerynie. To było powodem, że nie cytowałem literatury w swojej notatce.

Kol. Bincer zarzuca mi, że ujawniam sprzeczność w swem zapatrywaniu, pisząc takie zdanie „korzystne działanie perparyny polega niewątpliwie przedewszystkiem na jej ogólnem, lekko narkotycznem działaniu, a następnie na rozszerzeniu naczyń wieńcowych". Sprzeczności tej nie widzę: każdy narkotyczny środek, powodując uspokojenie osobnika, znosi skurcz tętnic wieńcowych, przyczynę większości stanów dusznicowych. Takie działanie obserwuje się po eukodalu, pantoponie i t. p.

W dalszym ciągu Kol. Bincer pisze, że istnieje legjon środków ogólnie lekko narkotycznych, a nieskutecznych w napadach kolki. Szkoda, że Kol. Bincer nie wymienił kilka tych środków. Osobiście spostrzegałem uspokojenie się napadu kolki po nowalginie, po piramidonie z dużą dawką kodeiny, a zawsze po takich środkach narkotycznych, jak pantopon, eukodal.

Echo prac i notatek, które umieszczam na łamach prasy fachowej są dla mnie zawsze satysfakcją za poniesiony trud. Niestety notatka Kol. Bincera prócz ściśle osobistego zaprzeczenia, nie zawiera żadnych dowodów rzeczowych, obalających tłumaczenie moich spostrzeżeń. Osobiście, gdybym miał sposobność, starałbym się tę kwestję rozstrzygnąć doświadczalnie, np. działając roztworem perparyny na korę mózgową psa i obserwując zmianę pobudliwości tejże. Wyniki takich doświadczeń — aczkolwiek niezawsze dadzą się przenieść na człowieka, stanowią jednak często podstawę do rozważania nad działaniem danego leku, zwłaszcza, kiedy tłumaczenie obserwacyj klinicznych jest różne. Taka różnica jest nawet bodźcem do prac eksperymentalnych. Tylko że klinicysta musi mieć wtedy niezbędną zaletę, zaletę dokładnego i krytycznego obserwowania.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 22. 1935. Karbowski B.: W sprawie ropni przestrzeni pajęczynówkowej (abscessus subduralis resp. intermeningealis). — Koszla M.: Przypadek znacznego ubytku klatki piersiowej z obnażeniem płuca, jako przyczynek do tłumaczenia fizykalnego powstawania szmeru pęcherzykowego. — Wirszubski A.: Przypadek psychozy u dziecka 8-letniego na tle kiły. — Wiesen Wł.: Analiza przypadku moczówki prostej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 44. 1935. Wolff M. i Stein W.: Zespół migrenowo-tężyczkowy z objawami wielkiej histerji. — Rubinsztejn M.: Badania hiperglikemji adrenalinowej. Hiperglikemja adrenalinowa w doświadczalnem zakwaszeniu i alkalizacji. — Bauer J.: Białaczka szpikowa przebiegiem naśladująca agranulocytozę. — Biehler M.: Tytus Chałubiński i jego pogląd na życie, zdrowie i chorobę. — Adamowiczowa St.: Z zagadnień rasowych w Niemczech (dok.).

Nowiny Lekarsko-Społeczne. Nr. 22. 1935. Hozer J.: W obronie lecznictwa ubezpieczeń społecznych (dok.). — Miłaszewski B.: Zagadnienia aktualne. — Czerwiński S.: Czy lekarz niewykonujący praktyki lekarskiej w charakterze samodzielnego wolnego zajęcia jest obowiązany do złożenia zeznania o obrocie.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 48. 1935.

Wiadomości Weterynaryjne. T. XIV. Nr. 184. 1935.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 11. 1935.

Polskie Zioła. Nr. 11. 1935.

Młoda Matka. Nr. 23. 1935.

Pielęgniarka Polska. Nr. 11. 1935.

Wiedza Lekarska. Z. XI. 1935. Peter J.: Tezy Hawlicka, ich znaczenie i zastosowanie w praktyce. — Dornfest E.: Jałowość wstrzyknięć i infekcja po wstrzyknięciu.

Prasa Lekarska. Nr. 12. 1935. Gachlinger H.: Zakażenia jelit a colibacillosis. — Brown W.: Zagadnienia seksualne w okresie dojrzewania. — Miller M.: Rozpoznawanie i leczenie upławów (monografja).

Gruźlica. Nr. 4. 1935. Bagiński St.: Badania przenikania prątków BCG przez nieuszkodzoną błonę śluzową układu pokarmowego zwierząt dorosłych. — Szczepański Zdz.: O zapaleniu płatowem płuc gruźliczem (lobity). — Łabendziński Fr.: O pozornie zawodnych wskazówkach manometru odmowego. — Rożnowska H.: Plomba zewnątrzopłucna w leczeniu górnopłatowych jam gruźliczych. — Flis St. i Werkenthin M.: Przepuklina przeponowa. — Plebańczyk P.: Witamina i tran w leczeniu gruźlicy.

OCENY.

Manuel de Coprologie clinique. (Podręcznik klinicznego badania kału). R. GOIFFON. Masson et Cie. Paris 1935.

Podręcznik ten w części pierwszej podaje najważniejsze wiadomości o składzie pożywienia i trawienia normalnem; w drugiej zasady badania chemicznego, pobierania kału, badań makroskopowych i drobnowidowych przyczem bardzo dokładnie podane są sposoby badań jakościowe i ilościowe barwików, zacierów i wszelkich ciał w kale spotykanych. Przy końcu drugiej części podane są najważniejsze spotykane w kale pasorzyty i drobnoustroje. Trzecia część obejmuje rozpoznanie na podstawie badań kału: wygląd kału normalnego i patologicznego i wpływ niedomogi gruczołów trawienia na wygląd, stan i składniki (barwiki, tłuszcze, fermentacje). Zakończenia tej bardzo cennej części stanowią opisy kału, tworzonego pod wpływem zmian ruchowych przewodu pokarmowego.

Ostatnia część poświęcona jest wskazówkom klinicznym i dietetycznym. Podręcznik oddaje cenne usługi wszystkim badaczom kału, obejmując potrzebne dane dla rozpoznania i oznaczenia zwykłych i niezwykłych składników, oraz dla ocenienia zmian czynnościowych.

W. Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Badania wymiany gazowej u człowieka w czasie pracy. IV. O wpływie natężenia pracy na czas trwania okresu początkowego, oraz na przebieg wymiany gazowej w tym okresie. G. SZWEJKOWSKA. Przegląd Fizjologji Ruchu. T. VII. Nr. 1—2. 1935.

Praca ta stanowi dalszy ciąg ogłoszonych w ostatnim numerze pisma *„Acta Biologiae Experimentalis"* (V. 9. Nr. 8. 1935) badań Szwejkowskiej nad wymianą gazową u człowieka w cza-

sie pracy ze szczególnem uwzględnieniem jej t. zw. „okresu początkowego". Na podstawie całego szeregu doświadczeń wykonanych na dwóch osobnikach autorka wyprowadza szereg dalszych wniosków dotyczących przebiegu krzywych wentylacji, wydalania CO_2 i zużycia tlenu, dalej czasu trwania okresu początkowego i t. d. *Z. Bieliński* (Lwów).

Z zagadnień organizacji wychowania fizycznego. TYRANKIEWICZ, SOKAL, KORNAT. Wychowanie Fizyczne. R. 16. Nr. 7. 1935.

Praca ta stanowi sprawozdanie jej autorów z próby w dziedzinie organizacji wychowania fizycznego, próby przeprowadzonej w Państw. Seminarjum Nauczycielskiem Męskiem w miejscowości Ursynowie. Zreorganizowano tam całkowicie sposób wychowywania fizycznego. Czas „lekcyj gimnastyki" skrócono z 45 minut na minut 35, podział grup lękcyjnych uczniów przeprowadzony był nie według przynależności danego ucznia do danego kursu seminarjalnego, lecz stworzono nowy podział na trzy grupy ćwiczeniowe, podział, który przeprowadzono na podstawie całego szeregu badań lekarsko-sportowych i t. d. Wyniki tych reform okazały się nadspodziewanie dobre. Autorowie zwracają się do ogółu osób zainteresowanych z apelem, by zechciały się one zająć badaniami naukowemi na tem wdzięcznem polu.

Bieliński (Lwów).

Biologja.

O formie resorbcji białka z przewodu pokarmowego. E. S. LONDON i N. P. KOCZNEWA. Arch. Biol. Nauk. T. 37. Z. 1. 1935.

Doświadczenia na psach z założonemi licznemi przetokami przewodu pokarmowego wykazały, że rozszczepienie białka w żołądku nie dochodzi nigdy do kwasów aminowych jak też i to, że produkty trawienia nie ulegają w żołądku wchłonieniu. Już w dwunastnicy pojawiają się aminokwasy, a ilość ich zwiększa się w jelicie czczem. Reakcja biuretowa wypada w całym przewodzie pokarmowym dodatnio, co świadczy o obecności polipeptydów nietylko w żołądku i dwunastnicy, ale i w jelicie cienkiem. Stopień rozpadu białka w żołądku jakoteż w różnych częściach jelita jest różny dla różnych rodzajów białka.

Doświadczenia na psach, którym zakładano na stałe kanjule do naczyń jamy brzusznej przyżyciowo wykazały, że w warunkach fizjologicznych przechodzą z jelita do krwi żyły wrotnej nietylko aminokwasy, ale także i cząsteczki peptydów złożonych (polipeptydów abiuretowych).

Skład produktów rozpadu białka, przechodzących przez ścianę jelita zmienia się w zależności od składu zawartości jelita i zachowuje do pewnych granic jej cechy charakterystyczne. Współczynnik peptydowy

$$\left(\frac{\text{Azot polipeptydowy}}{\text{azot aminowy} + \text{azot polipeptydowy}} \cdot 100\right)$$

składników powstałych z rozpadu białka w jelicie cienkiem różni się bardzo mało od współczynnika takowego rozpadu pozajelitowego, znalezionego dla składników krwi żyły wrotnej. Rozdzielenie aminokwasów między krwinki a osocze zachodzi przy przejściu do krwi przez ścianę jelita.

Endogeniczne zaopatrzenie organizmu w czasie głodu zachodzi przez te same składniki rozpadu białka (kwasy aminowe i polipeptydy) jakie w warunkach normalnych przy przemianie egzogenicznej wchłaniają się z jelita do krwi żyły wrotnej, do wątroby, a stąd drogą krwionośną do serca, skąd są rozprowadzane do poszczególnych narządów. Endogeniczna przemiana materji nie mając do dyspozycji szerokiej i obszernej drogi przewodu pokarmowego, ogranicza się do drobnych ścieżek mnogich, przeplatających się naczy krwionośnych. Drogi zaopatrzenia endogenicznego, jakiemi płyną produkty rozpadu białka, biorą swój początek według autorów w dwóch narządach proteolizotwórczych: w śledzionie i w tkance mięsnej. W okresie trawienia jak również w następstwie zastrzyku aminokwasów do żyły wrotnej lub do ogólnego krwiobiegu wzbogaca się krew w azot polipeptydowy po przejściu przez wątrobę. Współczynnik peptydowy w okresie trawienia podnosi się bowiem we krwi różnych naczyń krwionośnych, jednak jest największy we krwi żył wątrobowych.

W. S. Hołobut (Lwów).

Patologja.

O wpływie ekstrakardjalnego układu nerwowego na serce. A. I. SMIRNOW. Arch. Biol. Nauk. T. 37. Z. 1. 1935.

Na podstawie obfitej literatury oraz własnych spostrzeżeń doświadczalnych dawniejszych i obecnych na psach, dochodzi autor do wniosku, że w warunkach doświadczalnych można wywołać arytmje sercowe podobnego typu jakie występują w obrazach klinicznych u ludzi. Występowanie arytmij eksperymentalnych zależy z jednej strony od stopnia dostosowania się serca do czynników humoralnych i do bodźców nerwowych układu sympatycznego i parasympatycznego, z drugiej zaś strony także i od przewagi stopnia pobudliwości, w jakim się znajduje jużto ośrodek n. błędnego, jużto ośrodek nerwów przyśpieszających czynność serca. W wzmożonem napięciu ośrodka n. błędnego występuje arytmja sercowa bardzo podobna do arytmji typu oddechowego u człowieka, przyczem związana jest ona z okresowemi wahaniami w *tonus* ekstrakardjalnych nerwów. W stanie pobudzenia ośrodka n. błędnego można przez zastrzyk adrenaliny wywołać okresową zmienność rytmu sercowego, ze zwolnionego do bardzo częstego. I u człowieka np. w *tachycardia paroxysmalis* może dojść do nagłego przejścia jednego rytmu w drugi. Te odmiany arytmji przedstawiają się jako dobrotliwe i przechodzą bez śladu zaburzeń hemodynamicznych.

Jeśli napięcie n. błędnego nagle spada albo jeśli serce nie dostosuje się w porę do przyjęcia podniet nerwu błędnego wówczas w pewnych warunkach (jak w okresie podniecenia przy narkozie chloroformowej bez morfiny, przy zastrzyku chlorku wapniowego lub adrenaliny) akcja serca tak bardzo się wzmaga w częstości, że może dojść do arytmji typu *alternans* a nadto do wystąpienia ekstrasystoli a w niektórych przypadkach nawet do migotania komór. Istota tych arytmij ma swe podłoże w nadmiarze impulsów płynących z układu sympatycznego oraz w dążności do zastosowania się serca celem przyjęcia tych w tym wypadku za licznych i za silnych bodźców. Jakkolwiek ekstrasystole przedstawiają obraz już znacznego zaburzenia akcji serca, to jednak ten typ arytmji (ekstrasystolicznej) podlega jeszcze kompenzacyjnej zdolności serca. Arytmja ta może być punktem przejściowym do objawu migotania komór, a wówczas serce już nie jest zdolne do przetłaczania krwi z żył do tętnic. To, że w wielu okolicznościach migotanie komór ustępuje i powraca stan normalny pracy serca oraz prawidłowe stosunki w krążeniu przemawia według autora za tem, że migotanie komór jest jedynie specjalnym rodzajem arytmji sercowej, jaka powstaje na skutek bodźców układu sympatycznego. Wzmożenie tonizujących bodźców płynących z ośrodka n. błędnego jakoteż adaptacja serca do ich przyjęcia zabezpiecza serce przed wystąpieniem stanu migotania. *W. S. Hołobut* (Lwów).

Znaczenie kliniczne próby insularnej prof. Londona. M. I. BARBAS i I. B. SZUŁUTKO. Arch. Biol. Nauk. T. 37. Z. 1. 1935.

Autorowie po raz pierwszy zastosowali u chorych cukrzycowych insularną próbę Londona. Próba ta opiera się na ilościowej ocenie insuliny wydzielanej do krwi chorego przez trzustkę w odpowiedzi na podnietę podania pewnej stałej ilości cukru. Wykonuje się tę próbę w ten sposób, że 0,2 cm^3 krwi chorego badanego wstrzykuje się trzem myszkom białym podskórnie, które się w dwie godziny później zabija a zebraną ich krew bada na zawartość cukru. Wstrzykuje się w ten sposób krew chorego pobraną naczczo oraz w 30 minut po obciążeniu cukrem lub też innem ciałem. Wyniki doświadczeń autorów podzielone są na 3 części. Część pierwszą obejmują badania reakcji insularnej chorych obciążonych insuliną (40 jedn. międzyn.). Część druga przedstawia pracę nad próbą insularną u chorych obciążonych 50 g cukru *per os*, a wreszcie trzecia część pracy zajmuje się wpływem dożylnego podania glukozy (15 g) na występowanie wspomnianej reakcji. Okazuje się, że u osobników zdrowych obciążenie cukrem *per os* powoduje wzmożenie wydzielania aparatu wysepkowego trzustki, krew bowiem myszek, którym zastrzyknięto krew takich osobników wykazuje zmniejszenie się poziomu cukru w porównaniu z krwią myszek, którym podana była krew tychże samych osobników lecz wzięta naczczo. Wynika więc z tego, że naczczo aparat insularny trzustki nie pracuje, a obciążenie cukrem organizmu staje się bodźcem do wydzielania. Również przekonali się autorowie i to zarówno na osobnikach zdrowych jak dotkniętych w mniejszem lub większem nasileniu cukrzycą, że podanie insuliny prowadzi nietylko do spadku poziomu cukru we krwi tych osobników, lecz także i do spadku (30—40 mg %) cukru we krwi myszek, którym zastrzyknięto krew tych ludzi. W ten sposób udowodnili autorowie rzetelność występowania próby Londona jako faktycznego sprawdzianu wydzielania narządu wysepkowego trzustki. W dalszych swych badaniach wyodrębniają autorowie grupę cukrzycowych chorych dotkniętych ciężką formą schorzenia, u których przy obciążeniu cukrem próba insularna wykazuje u myszek wzrost ilości cukru, taki sam jaki obserwuje się doświadczalnie u osobników zdrowych po podaniu adrenaliny. Dochodzi się stąd do wniosku, że w tych postaciach cukrzycy zachodzi nadczynność nadnerczy w kierunku hiperadrenalinemji.

W. S. Hołobut (Lwów).

Porównawcze określenie wartości przetworów naparstnicy według metody kolorymetrycznej na gołębiach i kotach. ROGELIO E. CARRATALA. Archivos de Medicina Legal. Nr. 1. 1935.

Autor badał zapomocą powyższych metod 8 przetworów naparstnicy, znajdujących się w handlu. Szczególnie zajął się badaniem wartości digifoliny. Według danych na etykiecie 2 cm³ roztworu w ampułce odpowiada 1 jednostce kociej lub około 150 jednostkom żabim. W dużej serji badanej digifoliny okazało się, że 2 cm³ odpowiadają 1,07 jednostkom kocim. Tę samą wartość ustalono według metody kolorymetrycznej i na gołębiach.

Digalen również odpowiadał danym oznaczonym przez firmę, inne preparaty odpowiadały 33, 42, 28, 45, 75 i 86% zadeklarowanego przez firmę działania.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

Nowa metoda badania klinicznego oparta na fluorescencji. A. BOUTARIC. Presse Méd. Nr. 41. 1935.

Autor badał wpływ różnych substancyj na stopień fluorescencji uraniny, jednego z najsilniejszych barwików fluoryzujących. Przekonał się, że tylko alkaloidy i surowice ludzi chorych głównie na raka, hamowały fluorescencję. Te same alkaloidy posiadają również własność hamowania odbarwiania błękitu metylenowego przez tkankę wątrobową i mleko. Własność powyższą mają wszystkie ciała redukujące. Wobec tego surowica chorych na raka zawiera prawdopodobnie jakąś substancję redukującą. Hamowanie fluorescencji przez taką surowicę może być w prosty sposób wykazane i dlatego metoda ta może stać się łatwą próbą rozpoznawczą raka. *Skowroński* (Lwów).

Obrzęki a imidazole. M. LOEPER, E. BIOY, M. PERRAULT i A. VARAY. Presse Méd. Nr. 35. 1935.

Na podstawie obserwacyj klinicznych i badań doświadczalnych trzeba przyjąć, że imidazole, których najważniejszym przedstawicielem jest histamina, odgrywają główną rolę w powstawaniu obrzęków. Autorowie stwierdzili, że obrzęki nerkowe, wątrobowe i występujące w innych schorzeniach organicznych zawierają dużo imidazolów. Ciała te pochodzą z rozpadu tkanek. Taksamo surowica krwi zawiera dużo tych ciał. W czasie zwiększonego moczenia i wskutek wchłaniania się obrzęków stwierdzali zwiększenie imidazolów w moczu. W doświadczeniach nad działaniem obrzękorodnem syntetycznych imidazolów przekonali się, że 3 preparaty spośród 10 badanych odznaczały się silnem działaniem. W organizmie występujące imidazole nie mogą być dokładnie określone, ponieważ do tego celu nie mogą być użyte znane metody ich sumarycznego oznaczania jak to można zrobić met. kolorymetryczną, chemiczną lub biologiczną. Płyn obrzękowy, wywołany temi ciałami jest płynem przesiękowym, ponieważ jest ubogi w białko i bogaty w sól kuchenną. Ani sól kuchenna ani woda nie jest pierwotną przyczyną powstawania obrzęków, tylko wspomniane ciała imidazolowe, które mogą się tworzyć w tkankach, w jelicie albo też mogą dostawać się z pokarmami. Nie są one jednak jedyną przyczyną, ponieważ są znane obrzęki wywołane przez dobrze określone inne ciała chemiczne jak jady pszczół, wężów, mięczaków, ryb i innych trucizn.

Skowroński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zakres stosowania Calcio-koraminy. HERMANNS. D. M. Wschr. Nr. 35. 1935.

Działanie Calcio-koraminy autor wypróbował na 40 pacjentach z różnemi cierpieniami. Dla objaśnienia przytacza 4 historje chorób.

1. przypadek: pacjentka lat 67 z niedomogą serca na tle uszkodzenia mięśnia sercowego, rozlane zapalenie oskrzeli i rozedma płuc. Zastosowano 4 × 1 tabl. kalcjo-koraminy z *kalium jodatum*, od drugiego dnia polepszenie: obfite wykrztuszanie, ustąpił męczący kaszel i zniknęła dychawica sercowa. Koramina 3 razy dziennie po 20 kropel nie wywierała tak pomyślnego działania. W tym jak i w innych przypadkach podniosło się ciśnienie krwi z 140 mm Hg do 175 mm Hg. Po 3½ tygodniach zalecono kurację kalcjo-koraminą z przerwami. Na tym i innych przypadkach opiera się współczesny pogląd, że dychawica sercowa i wysokie ciśnienie są zasadniczo różne.

2. przypadek: *pneumonia migrans* z ciężkiemi objawami ze strony narządu krążenia. Podawano 4 × 1 tabletek kalcjo-koraminy. Chory mówił, że po 10—15 minutach odczuwał działanie, które polegało na obfitszem i łatwiejszem wykrztuszaniu oraz orzeźwieniu. Inne preparaty również i koramina tego działania nie wywierały.

3. przypadek: *bronchopneumonia bilateralis* u 80-letniego staruszka. Spoczątku stosowano wstrzykiwania transpulminy i okłady. „Pacjent opierał się wstrzykiwaniom. Zastosowano kalcjo-koraminę 5 × 1 tabletce i *kalium jodatum*, nastąpiła niespodziewana zmiana i wkrótce spadek ciepłoty. Ciśnienie krwi podniosło się ze 150 na 170 mm Hg.

4. przypadek: 55-letni mężczyzna z rozedmą płuc i z rozlanem zapaleniem oskrzeli. Nadzwyczaj skuteczne działanie kalcjo-koraminy. 5 razy dziennie po 1 tabletce kalcjo-koraminy wywołało poprawę. Odpluwanie zwiększyło się, po 8—10 dniach wydzielina zniknęła.

W pozostałych przypadkach przy rozedmie płuc, grypowym zapaleniu płuc, dychawicy sercowej kalcjo-koramina wywierała dobry wpływ, przy gruźlicy zamkniętej czy otwartej, jakoteż w dychawicy nerwowej była bez wpływu.

Okazało się celowem nie podawać jednocześnie większej ilości tabletek, lecz gdy zachodziła potrzeba stosowania większych dawek, rozdzielać je równomiernie na cały dzień. Uderzającym okazał się często występujący wzrost ciśnienia krwi po kalcjo-koraminie. Tu występuje pozorna sprzeczność, ponieważ ponad wątpliwość rodanek działa farmakologicznie obniżająco na ciśnienie krwi. Ponieważ u wielu chorych można mówić o niedomodze małego krążenia, staje się zrozumiałem, że po poprawie tegoż krążenia, ciśnienie krwi wzrośnie po kalcjo-koraminie, nie bacząc na obecność rodanków. Ponieważ zaś w innych wypadkach ciśnienie nie wzrosło, lecz przeciwnie obniżyło się, jak u jednego hipertonika bardzo znacznie, możemy wnosić, że dzięki kalcjo-koraminie daje się osiągnąć optymalną siłę serca. Te wnioski są uzasadnione, ponieważ stale przy wzmożonem ciśnieniu dawała się zauważyć poprawa samopoczucia, natomiast nie występowały objawy hipertensji. Pozostanie pytaniem ubocznem, czy kalcjo-koraminę, dzięki składnikowi wapnia należy uważać, jako lek uczulający mięsień sercowy za lepszy, niż zwykłą coraminę? Szkodliwych działań po kalcjo-koraminie niezauważono.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

Zastosowanie lecznicze histolizatów prof. Tusznowa w schizofrenji. F. MAJOROW, N. WINOGRADOW, W. GOŁOWINA, I. NARBUTOWICZ i J. POBORINSKIJ. Arch. Biol. Nauk. T. 37. Z. 1. 1935.

W 17 przypadkach schizofrenji zastosowali autorowie leczenie histolizatami Tusznowa przez przeciąg dwóch lat, w czterech okresach leczniczych, wstrzykując lizaty domięśniowo. Badano zmiany obrazu chorobowego, składu morfologicznego i chemicznego krwi. Podczas pierwszego i drugiego okresu leczniczego stosowali autorowie lizaty płciowe (u mężczyzn testolizaty, u kobiet owarjolizaty). W trzecim okresie leczenia posługiwano się polilizatami złożonemi dla mężczyzn z lizatów sznurków nasiennych, nadnerczy, przysadki, śledziony i sterczu, oraz dla kobiet z jajników, nadnerczy, przysadki i śledziony. W czwartym okresie leczniczym podawano lizaty mózgowe.

Jedynie w pięciu przypadkach spostrzeżono poprawę na skutek wspomnianego leczenia, u pozostałych zaś obraz chorobowy się nie zmienił. Ponadto u większości chorych wzmogła się leukocytoza i odchylenie na lewo obrazu Arnetha stało się znaczniejsze. Z chemicznych ważniejszych zmian we krwi zaobserwowali autorowie zmniejszenie się ilości magnezu.

W. S. Hołobut (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O leczeniu trudno gojących się ran, zwłaszcza zgorzeli kończyn. ADRIAN SCHUECKING. Therapie der Gegenwart 1935, Str. 141.

Autor podaje swoje spostrzeżenia o stosowaniu *Pyoktaninum coeruleum* w starych, rozległych owrzodzeniach goleni i innych trudno gojących się ranach. Samopoczucie i ropienie ustępuje w krótkim czasie, tkanka martwicza zasycha, bardzo szybko występuje świeża granulacja i zmniejsza się uszkodzenie. Autor stosuje pędzlowanie ran i ich okolicy 0,5—1% wodnym lub alkoholowym roztworem. Nakłada wyjałowioną gazę ściśle przylegającą do rany, we wrzodach goleni trykotową opaskę elastyczną od palców do kolana. Sposób ten wyróżnia się tem, że jest tani i pewny. Można go stosować we wszelkich ropieniach przy małych zabiegach chirurgicznych. Plamy pyoktaniny na bieliźnie giną od sody i przy bieleniu. *Dr. Cikowska.*

Choroby skórne i weneryczne.

O znaczeniu pobierania preparatów podczas miesiączki dla uchwycenia źródeł zakażeń rzeżączkowych. F. SCHMIDT-LA BAUME. Dermatologische Wochenschrift. Bd. 101. Nr. 27. 1935.

Autor na podstawie dużego materjału kobiet chorych na rzeżączkę, które poddawał szczegółowemu badaniu na obecność gonokoków tak w okresie międzymiesiączkowym jak i podczas miesiączki, dochodzi do wniosku, że pod koniec leczenia powinno

się badać każdą chorą podczas miesiączki. Przekonał się bowiem autor, że przeciętna ilość roczna preparatów rzeżączkowych pobieranych w okresie międzymiesiączkowym wynosiła 6%, podczas gdy pobieranych w okresie miesiączki w tym samym materjale chorych wyniosła 15.4%.

Zagadnienie pobierania preparatów podczas miesiączki nabiera szczególniejszego znaczenia dla użytku władz sanitarno-policyjnych w stosunku do badań kontrolnych u prostytutek. Chodzi bowiem o uchwycenie źródeł zakażeń rzeżączkowych u takich kobiet, u których w okresie międzymiesiączkowym gonokoków wykazać nie można było mimo bardzo skrupulatnych nawet codziennie powtarzanych badań.

Autor uważa miesiączkę za fizjologiczną prowokację, która oddaje doskonałe usługi. *T. Chorążak* (Lwów).

Otolaryngologja.

W sprawie zwalczania bólów po tonsilektomjach. RUD. RAHNER. Münch. med. Wschr. Nr. 10. 1935.

Autor podkreśla znaczenie wyboru dobrego środka przeciwbólowego po wyłuszczeniu migdałków. Morfina i przetwory makowca są przeciwwskazane, ponieważ sprzyjają powstawaniu późnych krwawień, natomiast preparaty salicylowe mają tę niedogodność, że można je przyjmować tylko doustnie. Przez zastosowanie czopków z cibalginą unika się doustnego podawania leku. Czopki zawierają 0,5 cibalginy, co odpowiada 2 tabletkom lub 2 cm³ roztworu. Autor stosował czopki z cibalginą u 150 chorych pierwszego dnia po operacji; we wszystkich przypadkach czopki były dobrze znoszone.

Dr. W. Kurowski (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

VII Zebranie z dnia 22 marca 1935 roku.

Zebranie zostało zorganizowane wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Tow. Higjenicznego.

1. *Komunikaty Zarządu:*

Na członków Wydziału Lekarskiego T. P. N. zostali przyjęci Kol. Konrad Dzięgielewski i Kol. Antoni Romszajd.

2. *Pokazy:*

Kol. Kozłowski (członek Wydziału) *przedstawia przypadek mięsaka okrągłokomórkowego lewego oczodołu u 8-letniej dziewczynki.*

Ojciec chorej podaje, że choroba rozpoczęła się przed 1½ rokiem. Chorą ukąsiła wtedy pszczoła w górną powiekę. Silny obrzęk powiek, który w następstwie tego wystąpił, trwał przez 6 tygodni, przyczem zauważono, że gałka coraz więcej wypuklała się nazewnątrz. Przywieziono wtedy chorą do miejscowego okulisty, który rozpoznawszy guz pozagałkowy polecił naświetlania go prom. Roentgena. W dwa tygodnie po naświetleniu wytrzeszcz i obrzęk powiek ustąpiły i oko powróciło do stanu normalnego. Stan ten trwał przez cały rok. Przed 3 miesiącami znowu powróciły opisane objawy. Chora otrzymała wtedy 6 naświetlań. Guz zmniejszył się, a po 2½ miesiącach t. j. w pierwszych dniach listopada ub. roku, znowu nastąpiło pogorszenie.

16. XI. 1934 chora przybyła do tutejszej kliniki. Stan oka przedstawiał się następująco:

Oko lewe: brwi od strony skroniowej brak, nosowo są bardzo rzadkie i krótkie. Powieki zaczerwienione i lekko obrzękłe. Rzęsy bardzo rzadkie, nierówne i nierówno ustawione. Tuż przy nasadzie nosa stwierdza się guz wypełniający oczodół. Spojówki powiek lekko zaczerwienione. Gałka blada, wysunięta silnie ku przodowi, dołowi i skroni. Ruchomość gałki we wszystkich kierunkach zachowana. Na dwojenie się obrazów chora się nie skarży. Rogówka, komora przednia, tęczówża, źrenica i soczewka bez zmian. Dno oka: tarcza n. wzrokowego bez zmian. Naczynia żylne nieco rozszerzone, pozatem dno bez zmian. W — 5/5.

Badanie laryngologiczne diafanoskopowo — zaciemnienie zatoki szczękowej lewej, rinoskopowo — bez zmian.

Badanie histologiczne wycinka guza wykonane w tutejszej klinice wykazało mięsaka okrągłokomórkowego *(sarcoma makroglobocellulare).*

Ponieważ guz coraz bardziej powiększał się, postanowiono naświetlić go promieniami radu.

14. XII. 1934 po przecięciu skóry powieki górnej i dojściu do guza, który wykazywał spoistość galaretowatą, usunięto go możliwie jaknajwięcej i założono poza gałką 2 igły radowe na 24 godziny (1360 mg/godz.). W 2 dni potem nastąpiło podwyższenie się ciepłoty do 39° i z rany zaczęła się wydzielać dość duża ilość ropy. W ciągu kilku dni ciepłota stopniowo zniżając się wróciła do stanu normalnego, a wydzielanie ropy zmniejszyło się znacznie, przyczem można było zauważyć stopniowe zmniejszenie się guza i cofanie się gałki.

15. III. 1935 chora zgłosiła się do kontrolnego badania. Badanie to wykazało poza lekkiem zniekształceniem szpary powiekowej, przesunięciem gałki ku dołowi i skroni i upośledzeniem jej ruchomości, znaczne zmniejszenie się guza i prawie zupełne cofnięcie się gałki ku tyłowi. Dalsze części oka oraz dno — jak poprzednio. W = 5/5. Oprócz tego stwierdzono guz wielkości jajka gołębiego w okolicy gruczołu przyusznego i nieco mniejszy pod kątem żuchwy. Badanie mikroskopowe wycinka jednego z tych przerzutów wykazało mięsaka różnokomórkowego *(sarcoma varietocellulare).*

W przypadku tym naświetlanie promieniami radu dało bardzo dobry wynik i należy się spodziewać dalszego zmniejszania się guza, lecz ze względu na przerzuty rokowanie mimo to jest niepomyślne. Co się tyczy różnicy wyników badania guza i jego przerzutów, to należy przypuszczać, że zmiana postaci okrągłokomórkowej na różnokomórkową nastąpiła pod wpływem naświetlania.

Kol. Witaszek (członek Wydziału) *przedstawia fotometr Lange'go, którym można mierzyć oświetlenie powierzchni w granicach od 1—50000 Luxów.* Wyniki badania są szybkie i dobre. Fotometrem Lange'go można również mierzyć odbicie światła w procentach.

3. *Wnioski:*

Kol. Padlewski proponuje wybór komisji, któraby opracowała najskuteczniejszy sposób wprowadzenia w życie uchwały powziętej przez wspólne zebranie Wydziału Lekarskiego i Towarzystwa Higjenicznego w Poznaniu w sprawie szkodliwego z punktu widzenia higjeny zwyczaju całowania pań w rękę. Członkami komisji zostają wybrani prof. dr. Padlewski, prezes Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Higjenicznego jako przewodniczący komisji, prezes Wydziału Lekarskiego prof. dr. Kapuściński, Insp. Służby Zdrowia Dr. Kowalski, Dr. Hryniewiecki i Dr. Dymiński jako członkowie.

Wniosek Kol. Witaszka (członka Wydziału): Oddział Poznański Polskiego Tow. Higjenicznego oraz Wydział Lekarski zwraca się do Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia p. Dr. Zaroskiego i Kuratorjum Okręgu Szkolnego Poznańskiego z prośbą o podjęcie starań w Ministerstwie Opieki Społecznej i W. R. i O. P. w sprawie przymusowego badania dzieci pierwszych klas szkół powszechnych starą tuberkuliną Kocha sposobem Pirquet'a.

Wniosek prof. Jonschera: *„W sprawie umożliwienia nabycia cukru niezamożnym dzieciom szkolnym".*

Oddział Poznański Polskiego Tow. Higjenicznego na posiedzeniu wspólnem z Wydziałem Lekarskim Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu z dnia 22. III. 1935 r. uchwalił jednogłośnie następujący wniosek:

Zwrócić się do Zarządu Głównego Pol. Tow. Higjenicznego z prośbą o wystąpienie do Ministerstwa Skarbu, Rolnictwa oraz W. R. i O. P. w sprawie udostępnienia nabywania cukru niezamożnej młodzieży szkolnej.

Spożycie cukru w Polsce jest nienormalne w porównaniu z innemi narodami ze względu na wysoką cenę. Odbija się to ujemnie na stanie zdrowia ogółu ludności, przedewszystkiem dzieci. Zgodnie z obliczeniem jednego z dyrektorów cukrowni w Wielkopolsce, cukier taki mógłby być sprzedawany po 20 groszy za funt, wliczając w to koszty surowca (buraków), fabrykacji i transportu. Cukier ten byłby wydawany szkołom, towarzystwom dobroczynnym i t. p. sprawującym opiekę nad dzieckiem. Celem zapobiegnięcia nieprawnemu handlowi tym cukrem ze szkodą dla Skarbu Państwa można ten cukier zabarwić karmelem w ilości 1%.

Wniosek ten został już uchwalony przez Oddział Poznański Pol. Tow. Pedjatrycznego i przez Związek Pań Domu w Poznaniu. Oba te towarzystwa zwróciły się już w tej sprawie do swych Związków Głównych.

4. *Wykład* Inż. dypl. A. Kotowicza p. t.: *„Rozbudowa wodociągów miejskich w Poznaniu".*

Referent podaje krótki zarys rozwoju wodociągów od r. 1865. Wyniki badań bakterjologicznych wody infiltrowanej z Warty wykazały doskonałe oczyszczenie wody. Zastosowanie sztucznego nawodnienia daje możność uzyskania w dolinie Warty do 100000 m³ wody na dobę i na taką ilość wody zaprojektowano nową stację pomp i odżelaziaczy w Dębcu. Narazie w budowie są urządzenia na wydajność 50000 do 60000 m³ na dobę. Uruchomienie nowej stacji należy przewidzieć na rok 1939. Zupełna rozbudowa urządzeń do wydajności 100000 m³ na dobę wystarczy dla miasta o liczbie 600000 mieszkańców. Taką liczbę ludności będzie miał prawdopodobnie Poznań po 35 latach.

Rozprawa: Kol. Padlewski zapytuje, czy wodociąg w stanie obecnym może zaspokoić potrzeby w czasie budowy basenu kąpielowego i pływackiego?

Kol. Lubieniecki (członek Wydziału) zapytuje, czy starczy ten powolny sposób filtrowania? Czy zdarzają się bakterje chorobotwórcze?

Kol. Łabendziński (członek Wydziału) zapytuje o przeznaczenie dawnych zdrojów winiarskich oraz o przyczynę porzucenia projektu Wernickiego.

Kol. Witaszek (członek Wydziału) wyjaśnia ulepszenie w filtrach amerykańskich, poczynione w Poznaniu przez inż. Kotowicza, który zastąpił siatki filtrów przez dysze własnej konstrukcji oraz konstrukcję nowej przewietrzalni zbudowanej również wedle pomysłu inż. Kotowicza. Woda po przewietrzeniu przechodzi do odstojników i dopiero po pozbyciu się w nich grubszych zawiesin przechodzi do filtrów amerykańskich. Sposób ten umożliwia dłuższą pracę filtrom bez ich czyszczenia.

Inż. A. Kotowicz odpowiada na pytanie prof. Padlewskiego twierdząco, na pytanie prof. Lubienieckiego wyjaśnią że ciągłe badania bakterjologiczne wody nie wykazują zmian ilości bakteryj, a doc. Łabendzińskiemu wyjaśnia, że ujęcia wody na Winiarach zaniechano ze względu na odległość od nowej stacji pomp i spowodu rozparcelowania okolicznych terenów pod budowę.

5. *Wykład* Kol. F. Witaszka (członka Wydziału) *„O zwiększeniu wartości odżywczej białka w chlebie"*.

Chleb jest w zachodniej Polsce bardzo często jedynem pożywieniem ludności, zwłaszcza uboższej. Rezultatem tego jest rzucający się w oczy niedobór białka, który jest między innemi powodem zmniejszenia wartości fizycznej społeczeństwa ziem zachodnich. Autor proponuje wypiekanie chleba z dodatkiem 15% mąki sojowej lub z dodatkiem mleka. Oba te środki zwiększają, jak wynika z badań, ilość białka w chlebie nietylko ilościowo, lecz także jakościowo. Zysk na wadze po zjedzeniu tej samej ilości chleba z dodatkiem soli lub mleka, w porównaniu do zysku po spożyciu chleba zwykłego, jest półtora raza większy. Zwiększenie wartości biologicznej jest tu skutkiem wzajemnego uzupełniania się aminokwasów.

Rozprawa: Kol. Padlewski: Kol. Witaszek poruszył bardzo ważne zagadnienie. Niewątpliwie sprawa racjonalnego pożywienia robotnika zrobi duży postęp przez podniesienie własności odżywczej chleba.

Nie wiem, czy produkcja soji w Polsce mogłaby pokryć wzmożone zapotrzebowania. Jeżeli chodzi o zastosowanie mleka odtłuszczonego, to mam wrażenie, że ten drugi sposób łatwo udałoby się u nas w Polsce praktycznie zastosować. Taki chleb górować będzie nietylko pożywnością, ale i smakiem. Zużytkowanie odwirowanego mleka dla podniesienia odżywczej wartości chleba, byłoby bardzo celową nowością. Przy sposobności pragnę zwrócić uwagę na niedopuszczalną pod względem higjeny reklamę „Poznańskiej Mleczarni", zalecającej odtłuszczone mleko jako mleko pełnowartościowe. Taką reklamę należy uważać za szkodliwą i niedopuszczalną.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 stycznia 1935 roku.

1. Kol. Zembrzuski L., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *„Znaczenie studjów nad historją medycyny"* (streszczenie własne).

Prelegent rozpatrzył zagadnienie pożytku studjów nad historją medycyny, jako nauką czystą i nauką stosowaną. Jako nauka czysta, poszukująca, jak inne nauki prawdy dla prawdy, powinna być przedmiotem badań lekarzy-historyków, posiadających odpowiednie wykształcenie, co wymaga stwarzanie katedr i instytutów dla tej dziedziny. Jako nauka stosowana, historja medycyny może przynieść korzyść z punktu widzenia etyczno-uczuciowego, metodologicznego, ideowego i czysto praktycznego. Czynnik etyczno-uczuciowy wynika z naturalnego popędu, uznania i poszanowania zasług, położonych w przeszłości dla nauki lekarskiej ze strony badaczów i entuzjastów wiedzy, przygotowujących grunt dla pracy następnych pokoleń, bez czego praca ta, by stać się wydajną, byłaby nie do pomyślenia. Powtóre poznanie kierunków i doktryn lekarskich w ich dziejowem stawaniu się i rozwoju rozszerza i pogłębia nasz światopogląd, zniewala do krytycznego ustosunkowania się do zdobyczy współczesnych, chroni przed szkodliwym dla nauki subjektywizmem i dogmatyzmem oraz prowadzi do bezstronnej analizy własnych badań, dociekań i działalności praktycznej. Zwłaszcza niezbędnem jest poznanie przeszłości medycyny rodzimej, narodowej i niesugestjonowanie się wyłącznie zdobyczami medycyny obcej, jak to zbyt często ma miejsce, a co bynajmniej nie sprzyja koniecznej propagandzie własnej nauki i jej rzeczywistych, oryginalnych zdobyczy na terenie międzynarodowym. Wreszcie poznanie dawnych poglądów i metod postępowania lekarskiego, niesłusznie zapomnianych i lekceważonych, daje sposobność wskrzeszania, niekoniecznie w pierwotnej postaci i w całości starych teoryj i metod, lecz tkwiących w nich pomysłów, i idei z ich wyzyskaniem i zmodernizowaniem stosownie do wymagań współczesnych postępów wiedzy lekarskiej, przy zastosowaniu elementu krytycznego.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Al. Pruszczyński.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 stycznia 1935 roku.

1. Kol. Filiński Wł. członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. *„Istota i leczenie posocznicy"* (streszczenie własne).

Po krótkim wstępie historycznym następuje omówienie posocznicy w ujęciu Schottmüllera. Wprowadzenie przez niego ogniska posocznicy, jako istotnej cechy choroby, stanowi wielki postęp w tej dziedzinie, jednak nie wystarcza wobec nieścisłości określenia i niemożności odgraniczenia posocznicy od spraw ropnych, przebiegających z bakterjemją.

F. uważa posocznicę za ogólne zakażenie ustroju w znaczeniu przerzucania zarazków do różnych narządów. Przerzuty odbywają się głównie w postaci zatorów bakteryjnych. Takie ujęcie sprawy wymaga też przeobrażenia pojęcia o ognisku posocznicy, które ogranicza się do dwóch postaci: zapalenia wsierdzia i zakrzepowego zapalenia żył.

Istnieje też postać posocznicy bez przerzutów. F. uzależnia ją od nagłego wtargnięcia szczególnie zjadliwych zarazków lub wielkiej ich liczby. Powoduje to porażenie układu siateczkowo-śródbłonkowego, który jak wiadomo, wchłania zarazki. Mogą one stamtąd wychodzić znów do krążenia, a nawet rozmnażać się we krwi.

W dalszym ciągu omawia F. rolę układu siateczkowo-śródbłonkowego w posocznicy wogóle i wyraża przypuszczenie, że znaczenie jego jest przeceniane. Duży wpływ na przebieg choroby ma umiejscowienie ogniska posocznicy.

Z zastrzeżeniem ocenia F. rolę narządów jamy brzusznej, jako możliwych wrót zakażenia ogólnego i podnosi znaczenie wątroby jako narządu, zatrzymującego zarazki. Bakterjemji z przewodu pokarmowego nie należy przeceniać, wobec łatwej przepuszczalności ściany jelita.

W rozpoznaniu kładzie F. nacisk na zatory i przerzutowe sprawy zapalne. Bakterjemja nie powinna mieć charakteru przypadkowego.

W leczeniu podnosi F. ważność usunięcia dostępnych siedlisk bakteryjnych. Omawia sprawę podwiązywania żył. Przechodzi dalej do leczenia roztworami koloidalnemi metali, porusza sprawę węgla, preparatów chiny i siarki.

W zakończeniu mówi o leczeniu szczepionkami, surowicą i o przetaczaniu krwi.

Rozprawy:

Kol. Goebel Fr. — członek T-wa, opierając się na spostrzeżeniach, dokonanych przez jednego z obcych autorów na 60 przypadkach posocznicy, uważa, że metoda badania sprawności układu siateczkowo-śródbłonkowego zapomocą barwika Kongo jest dokładna i pomocna w rokowaniu.

Na zasadzie własnych prac mówca twierdzi, że węgiel odpowiednio przygotowany działa niesłychanie pobudzająco na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Żadna koloidoterapja nie może dorównać jego działaniu. O ile przed zastosowaniem węgla barwik Kongo zostaje wychwytany z krwi po upływie godziny, to po wstrzyknięciu węgla już po 4 minutach niema połowy barwika, a po 40 minutach znika on z krwi zupełnie.

Srebro koloidalne w dawkach stosowanych dawniej poraża zdolność adsorbcyjną układu siateczkowo-śródbłonkowego. Jedynie dawki minimalne, prawie homeopatyczne, bo wynoszące 0,0001 mg srebra na kg wagi, mogą mieć racjonalne zastosowanie w lecznictwie.

Układ siateczkowo-śródbłonkowy ma ważne znaczenie w zwalczaniu posocznicy, a węgiel jest ważnym nabytkiem leczniczym, gdyż przewyższa wszystkie dotychczas stosowane środki.

Kol. Przeworski powiada, że krwawienie po porodzie ustaje nietyle dzięki tworzeniu się skrzeplin, ile dzięki kurczeniu się mięśni macicy, które zaciskają światła naczyń. W normalnym połogu zakrzepy nie tworzą się. Interesujące spostrzeżenia poczyniono podczas ciąży i połogu nad przepuszczalnością nabłonka jelitowego. W tych sprawach mamy bądź mechaniczne

zaparcia, bądź porażenia jelit, wskutek czego nabłonek jelitowy staje się bardziej przepuszczalny, tą drogą bakterje przedostają się do krwi i wywołują np. zapalenie miedniczek nerkowych. Na Oddziale Położniczym Szpitala na Czystem próbowano wszystkich wspomnianych metod leczniczych w posocznicy. Stosowano również zapobiegawczo po 50 cm³ surowicy co drugi dzień, jednak bez dużego wyniku. Dobre wyniki lecznicze otrzymano po dożylnych wstrzykiwaniach 33% alkoholu w fizjologicznym roztworze soli po 200—300 cm³ jednorazowo lub po wstrzykiwaniach alkoholu łącznie z przetoczeniem krwi.

Kol. Filiński Wł.: „Rozumie się, że po porodzie w tamowaniu krwawienia doniosłą rolę odgrywają skurcze mięśni samej macicy. W leczeniu można nieraz wyciągać wnioski na korzyść pewnego środka, jednak niezawsze rozpoznanie choroby jest słuszne. Np. dreszcze, a nawet wykrycie zarazka we krwi nie są probierzem posocznicy. Czasem okazuje się, że zamiast domniemanej posocznicy istnieje ropne zapalenie woreczka żółciowego, które nie daje bólu podczas badania. Przypadki raka z przedziurawieniem i ropą mogą przebiegać pod postacią posocznicy. O posocznicy mówimy tylko wtedy, gdy w posiewach parę razy wyhodujemy jeden i ten sam szczep bakteryjny, albo oprzemy rozpoznanie na podstawach istniejących przerzutów. Wniosków z doświadczeń na zwierzętach nie można przenosić na ludzi. Leczenie zwierząt może dać wyniki odmienne, aniżeli leczenie ludzi temi samemi środkami".

2. Kol. Karbowski, członek T-wa, wygłosił referat na temat *„Posocznica usznego pochodzenia u dzieci najmłodszych"* (streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy:

Kol. Michałowicz M., członek T-wa, stwierdza na zasadzie własnej statystyki, że podczas gdy posocznica u ludzi dorosłych jest sprawą rzadką, to u dzieci jest ona bardzo częsta. Z biegiem wieku krzywa jej b. znacznie spada. Niemowlęta i dzieci do dwóch lat odznaczają się niezwykłą skłonnością do posocznicy, co możnaby nazwać *„sepsofilją"*. Ten sam stosunek stwierdza się w częstości chorób uszu, a mianowicie prawie każde dziecko w wieku kilku miesięcy przebywa schorzenie uszne. Im starsze dziecko, tem choroby tego rodzaju są rzadsze. Zjawisko powyższe należy tłómaczyć małą opornością i małą segregacją tkanek, wskutek czego odpowiadają one na każdy atak bakteryjny. Ucho niemowlęcia można określić nie jako narząd, ale jako uchyłek. Pod względem biologicznym tkanki niemowlęcia są także mało zróżnicowane. Zatem ucho jego jest zupełnie bezbronne. Jeśli przejdziemy do wieku dorosłego, to zobaczymy, że tylko te osobniki chorują, które odznaczają się pewnym stopniem dziecięctwa *(infantilismus)*. Niektóre osoby dorosłe mają taki sam obraz schorzenia usznego, jak niemowlęta. Posocznica pod względem biologicznym jest wyrazem małej wartościowości komórek ustroju, które nie potrafią wiązać ciał bakteryjnych.

Kol. Brokman — członek T-wa, stwierdza, że niekiedy makroskopowo nie można było wykazać zmian w uchu dziecka, ale mikroskopowe badania dały wyniki dodatnie. *Colitoxaemia* — zespół jelitowo-uszny, są to tylko nazwy. Prelegent dodziśdnia jeszcze nie wie, z czem ma się tu do czynienia mimo, że nad tem zagadnieniem pracuje już od 8 lat. Własne badania prelegenta wykazały, iż u dzieci z chorobami uszu znajdowano we krwi i w uchu bakterje z grupy jelitowej. Dlatego mamy tu do czynienia ze schorzeniem, obejmującem dwa lub więcej narządów. Temat kol. Karbowskiego był omawiany w piśmiennictwie już dawno. Objawy jelitowe są to tylko objawy funkcjonalne, a zakażenie jest pozajelitowe. Koncepcję własną prelegenta stanowi to, że biegunki nie są wyrazem uszkodzenia przewodu pokarmowego wskutek ogniska, znajdującego się w uchu, ale że mamy do czynienia z pewną określoną chorobą, wywołaną florą bakteryjną *coli-typhus*. Bakterje są zjawiskiem wtórnem, jednak ze względu na pewien określony zespół objawów uszno-jelitowych i ze względu na różną, ale obracającą się w pewnych określonych ramach florę bakteryjną, posocznica ta jest fragmentem ogólnego cierpienia.

Kol. Żebrowski — członek T-wa: Przedstawiono dwa różne rodzaje obrazów. Pierwsza serja — to przebicie ropni z jamy bębenkowej do błędnika, druga — to przypadki, w których znajdowano skrzepliny w opuszce żyły szyjnej. Na tę sprawę zwracano już uwagę. Można to widzieć u dwumiesięcznych dzieci. Błona bębenkowa jest u nich ustawiona pod kątem 15—20°. Sprawę powyższą omawiali w Łódzkiem T-wie Lek. Czaplicki i Krzesiński. Znajdowali w posocznicy przebicie do błędnika. Zajmujący był tu preparat z ropą w jednej z komórek błędnika. Ropne zapalenie ucha środkowego miewa postać poronną. Jama bębenkowa może być sucha mimo, że było w niej zapalenie. Sprawa chorobowa będzie się przenosić na wyrostek sutkowy, a jama bębenkowa jest pozbawiona ropy, która wyszła przez trąbkę Eustachjusza. Prelegent przypomina sobie żołnierza, który w dniu wypisywania się z wojska dostał nagle 40° ciepłoty i zmarł spowodu ropnia mózgu. W wyrostku sutkowym były ślady ropy, natomiast w jamie bębenkowej jej nie znaleziono. Kostki słuchowe również były niezmienione. U dzieci sprawy ropne łatwo przechodzą na opuszkę żyły szyjnej i dają objawy posocznicy. Badania te nie są zakończone i powinny być dalej prowadzone.

Kol. Karbowski B. — członek T-wa, wyjaśnia, że przypadek swój tłumaczy tak, jak kol. Żebrowski. O tem, że w przypadkach zespołu uszno-jelitowego są tak duże zmiany w opuszce szyjnej, nie wspomniano dotychczas w piśmiennictwie. Kol. Brokman ma słuszność, iż jest to nieznane ogólne zakażenie; biorąc pod uwagę anatomiczne osobliwości ucha u dziecka i małą jego oporność na zarazki, pojmuje się, że może dojść do powikłań. Posocznica odgrywa tu bardzo dużą rolę.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Al. Pruszczyński.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 23 listopada 1934 roku.

Kol. Wiceprezes wita przybyłego Prof. Dr. W. H. Melanowskiego.

1. Kol. Nasiłowski pokazuje: a) *dziecko zakażone gruźlicą w pierwszych miesiącach życia* z odczynem Pirqueta dodatnim i b) *dziecko 1½-roczne z gruźlicą kostno-stawową*, które już było przedstawione w marcu b. r. (patrz protokół w Nr. 18 Polskiej Gazety Lekarskiej 1935 r.).

Zaostrzenie zmian chorobowych w stawie skokowym lewym, gdy dziecko zaczęło chodzić. Chód utykający. W swoim czasie dziecko było skierowane do Ośrodka Leczn. chorób dzieci Ubezpieczalni Społecznej dla rozpoznania różniczkowego między kiłą a gruźlicą. Przebieg cierpienia i odczyny biologiczne przemawiają za zmianami gruźliczemi a przeciw kile.

2. Kol. Ingster *przedstawia przypadek astereognozji.* Chory lat 19, został uderzony w ciemię ciężką śrubą żelazną przez pijanego kolegę, dnia 23. V. 1934 r. Po uderzeniu przytomności nie stracił, ale powoli zaczął się słaniać, aż wreszcie upadł, przyczem czuł, że robi mu się słabo i gorąco, a przytem nie mógł mówić. Chciał się podnieść przy pomocy prawej ręki, ale spostrzegł, że całe ramię prawe jest „sparaliżowane" i wogóle nie ma poczucia posiadania prawej kończyny górnej. Dopiero w tydzień po wypadku zaczął kurczyć m. dwugłowy, a zwolna wszystkie mięśnie kończyny górnej. Całą ręką zaczął poruszać dopiero po 3 tygodniach. Kończyna dolna prawa była spoczątku trochę niedowładna, ale już po kilku dniach nastąpiła poprawa. Pozatem porażeń ruchowych nie było. Dawną siłę odzyskał w górnej kończynie prawej dopiero po przeszło 2 miesiącach od chwili wypadku. Czucie powierzchowne było zaraz po wypadku zupełnie zniesione połowiczo, najbardziej w dłoni prawej, zwolna jednak wracało i obecnie pozostało tylko lekkie osłabienie czucia w obrębie kończyny górnej prawej, prawie niedostrzegalne osłabienie czucia w stopie prawej i po prawej stronie tułowia. Budowa dość silna, odżywienie dobre, tętno 72, miarowe, pełne, wewnętrznie bez zmian. Stan obecny: na ciemieniu po stronie lewej, w miejscu odpowiadającem tylnemu zwojowi centralnemu mózgu widoczna jest blizna, pod którą wyczuwa się ubytek kostny o powierzchni 2×3 cm. Nad ubytkiem skóra zrośnięta jest z brzegami tego ubytku, przyczem widać lekkie tętnienie skóry.

Nerwy czaszkowe bez zmian, siła mięśni znaczna, po obu stronach ciała jednakowa, czucie powierzchowne prawostronnie osłabione, ale osłabienie jest tak nieznaczne, że prawie nie da się zauważyć, w każdym razie zarówno czucie dotykowe, jak i czucie na ból jest wystarczające, by rozróżniać nawet delikatne bodźce. Rozróżnia powierzchnię gładką od szorstkiej, ciepłą od chłodnej poszczególnych przedmiotów, natomiast nie umie rozpoznać tych przedmiotów przy zamkniętych oczach.

Odruchy skórne, ścięgniste i okostnowe prawidłowe. Niezborności niema, zaburzeń mowy i chodu niema, ze strony pęcherza i odbytnicy brak objawów.

Przy wyczuwaniu przedmiotów chory ma tendencję do układania ich w pobliżu kciuka. Wyjątkowo udaje mu się rozróżnić przedmiot przez wyciąganie wniosków z właściwości powierzchni przedmiotu.

Mamy więc tu do czynienia z typowym przykładem astereognozji, przyczem uszkodzona jest w tym przypadku kora mózgowa w miejscu, w którem Bing lokalizuje ośrodek stereognozji.

Rokowanie co do odzyskania sprawności kończyny górnej prawej zdaje się być w naszym przypadku niekorzystne.

3. Kol. M. Trawiński pokazuje a) *kobietę lat 34, u której przed 2 laty wykonał wycięcie stawu kolanowego, spowodu daleko posuniętych zmian gruźliczych.* Kobieta ta chorowała od kilku lat i od dłuższego czasu nie mogła już posługiwać się kończyną.

Operacja polegała na wycięciu stawu w całości, bez otwierania torebki stawowej. Wobec rozległości zmian było to wycięcie dość szerokie a skutkiem tego nie dało się otrzymać dostatecznego zbliżenia końców przekroju kości i przez długi szereg miesięcy zrost nie następował.

Wtedy T. zastosował wszczepienie dwóch płytek kostnych, wyciętych z piszczeli tejże chorej. Płytki były tak wszczepione, że mocno tkwiły w końcach uda i piszczeli, łącząc je jakby mostem. Tym razem zrost nastąpił w szybkim czasie. Obecnie chora chodzi doskonale na skróconej wprawdzie, lecz mocnej kończynie.

b) *Chłopca 12-letniego, który był tu już raz przedstawiony przed pół rokiem spowodu złamania kości udowej w miejscu ogniskowego rozrzedzenia kości.* W przypadku tym T. zastosował t. zw. szew kostny zapomocą taśm metalowych, poczem nastąpił mocny zrost w czasie prawidłowym z doskonałem ustawieniem. Chłopak odzyskał zupełnie ruchy w stawach, zaczął normalnie chodzić, biegać i t. p.

Niestety po dłuższym czasie znowu upadł w biegu i ponownie złamał to samo udo, lecz zdala od złamania poprzedniego. Jak i pierwsze, było to złamanie spiralne. Tym razem odcinek kości w pobliżu złamania żadnych zmian patologicznych na zdjęciu rentgenowskiem nie wykazywał.

T. zastosował ten sam sposób leczenia czyli znowu szew kostny zapomocą taśm metalowych. Nastąpił szybko mocny zrost w doskonałem ustawieniu. Obecnie ruchomość stawów pełna, kończyna kształtna z miernym tylko zanikiem mięśni. W przypadku tym nie udało się wykryć jakichkolwiek powodów natury ogólnej, wzmożonej jakby łamliwości kości (pokazuje rentgenogramy przed- i po- operacyjne).

c) *Pokazuje rentgenogramy miednicy pewnego mężczyzny lat 18, na których widać, jak daleko mogą zajść zmiany w kośćcu pod wpływem rozwijającej się gruźlicy w stawie biodrowym.* W przypadku tym gruźliczy proces zniszczył główkę kości udowej i panewkę oraz wywołał przesunięcie uda ku górze. A zarazem, na skutek zupełnego braku leczenia, obciążania kończyny i t. p., nastąpił zanik i zatrzymanie w rozwoju całej odpowiedniej strony miednicy tak, że prawa — chora połowa — stała się o połowę mniejsza od lewej — zdrowej. Klinicznie nastąpiło już samowyleczenie, lecz pozostało ciężkie kalectwo.

d) *Omawia doskonały wynik odległy po operacyjnem zespoleniu złamanej kości udowej u pewnego mężczyzny, lat 42.*

Poza blizną mało widoczną nastąpiło zupełne wygojenie klinicznie i rentgenologicznie.

4. Kol. Bieńkowski *pokazuje dziecko z naczyniakiem twarzy, leczone radem z wynikiem dobrym.*

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. Melanowski w sprawie demonstrowanych przypadków złamania uda i przypadku naczyniaka, wspominając o powstawaniu naczyniaków na spojówce po naświetlaniu twarzy radem oraz Kol. Sokołowski i Wołkowicz.

5. Prof. W. H. Melanowski *wygłasza referat p. t. „Higjena i ochrona narządu wzroku przy pracy".* Prelegent zestawił krótko ważniejsze dane o zdarzających się częściej w Polsce chorobach zawodowych i urazach narządu wzroku.

Z chorób zawodowych oka, które według pojęć ogólnie uznanych są następstwem nawrotów urazu, rozpatruje prelegent przedewszystkiem pylicę spojówki i rogówki, dalej schorzenia tych tkanek, spowodowane drażniącemi oparami i rozrzedzonem powietrzem. Z chorób zawodowych powiek wspomina o objawach wąglika, nosacizny i gruźlicy ludzkiej i bydlęcej. Z chorób soczewki ocznej porusza zagadnienie zaćmy hutniczej, którą obecnie przeważnie uważają za następstwo przegrzewania tkanek ocznych wogóle, a soczewki w szczególności. Prelegent podaje też krótko dane o głowniejszych zmianach, występujących w tkankach głębszych oka wskutek czynników szkodliwych, związanych z pracą. Obok cierpień, będących wynikiem bezpośredniego zadziałania czynników szkodliwych, związanych z danym zawodem, istnieją jeszcze choroby zawodowe spowodowane pośrednio t. j. wywołane zmianami chorobowemi, powstałemi w całym ustroju. Tu przedstawione są następstwa zatrucia ołowiem, aniliną, nitrobenzolem i siarczkiem węgla oraz zagadnienie oczopląsu. Ochrona i środki zapobiegawcze w większości przypadków chorób zawodowych, grożących narządowi wzroku, są celowe, opłacające się i konieczne.

Z zebranych przez preleg. danych z 1930 r. wynika, że w Polsce najwięcej grożącemi narządowi wzroku zawodami są górnictwo i kamieniarstwo (22% urazów oka), hutnictwo (15,9%) przemysł budowlany (14%), rolnictwo z leśnictwem (4,4%) i przemysł chemiczny (5,5%), najmniej uszkodzeń mamy w przemyśle papierniczym (0,4%) a nie spotyka się ich wcale w przemysłach garbarskim, konfekcyjnym i poligraficznym.

Ogółem wśród 895 przyp. ciężkich urazów narządu wzroku, które zdarzyły się w 1930 r., 59,4% przyp.. t. j. 532 przyp. spowodowane były odpryskami. Odpryski te w 93% przyp. zdarzały się przy obróbce ręcznej. Urazy kłute i cięte oczu przy pracy zdarzają się dość rzadko (1,3%). Urazy tępe stanowią 7,8% ogółu urazów oczu przy pracy. Oparzenia termiczne przy pracy stanowią 6% ogólnej liczby. Oparzenia chemiczne 9%. Zranienia oczu wywołane wybuchem przy pracy — 4,1%. Urazy oczu wskutek postrzału przy pracy — 0,4%.

Zranienia oczu odpryskami stanowią przeszło połowę przypadków urazów oka w rolnictwie, w gospodarstwie leśnem, drogowem, kopalnianem, kamieniołomowem, oraz w przemyśle maszynowo-metalowym i hutniczym, i większość (92%) przypadków urazów w przemysłach budowlanych. Ochrona przed temi uszkodzeniami jest stosunkowo łatwa i tania; w większości przypadków wystarczyłyby zwykłe i tanie okulary lub osłony, przez to zmniejszyłaby się liczba przypadków ciężkich okaleczeń oka przeszło o połowę.

Zagadnienie ochrony narządu wzroku przed urazami kłutemi i ciętemi oraz urazami tępemi stanowi raczej zagadnienie usprawnienia organizacji pracy i wyszkolenia w poszczególnych zawodach.

Ochrona przed oparzeniami termicznemi i chemicznemi polega głównie na opracowaniu i należytem przestrzeganiu przepisów bezpieczeństwa. Szczególnie wielką uwagę należałoby zwrócić na obchodzenie się z wapnem, które u nas jest przyczyną 74% przyp. oparzeń chemicznych przy pracy, i które przeszło w połowie przyp. powoduje ślepotę z oszpeceniem.

Ochrona przed wybuchami przy pracy, które szczególnie często zdarzają się przy pracy kamieniarza i górnika, to głównie surowe przestrzeganie istniejących przepisów i należyte przygotowanie fachowe.

Wogóle na wydatne znaczenie czynnika kwalifikacji w zapobieganiu urazom oka wskazuje fakt, że tylko 14% ogółu uszkodzeń dotyczyło pracowników o pełnych kwalifikacjach fachowych, a reszta to t. zw. robotnicy, którzy mają za zadanie obsługiwać maszynę, która zwykle może za nich wykonywać szereg skomplikowanych czynności, ale nie może pamiętać o bezpieczeństwie ich oczu.

Toteż koniecznym czynnikiem w celu ochrony narządu wzroku przy pracy w większych warsztatach pracy musi być specjalny personel bezpieczeństwa, np. inżynierowie bezpieczeństwa, lekarze fabryczni oraz dobrze pomyślany i opracowany aparat propagandy bezpieczeństwa pracy.

6. Kol. Sokołowski. *Zaćma spowodu naświetlania radem dolnej powieki.*

Kol. Wiceprezes dziękuje Prof. Melanowskiemu za wygłoszenie interesującego odczytu, na czem zebranie zamknięto.

Wiceprezes: *Dr. Z. Kotarski.*

Sekretarz: *Dr. Fr. Sztuka.*

NEKROLOG.

Ś. p. Docent Dr. Karol Brudzewski.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 22 października b. r. zmarł w Krakowie śp. Dr. Karol Nałęcz Brudzewski, Docent Okulistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Urodzony w Leśnogórze w województwie poznańskiem dnia 22. IX. 1868 r. Do gimnazjum uczęszczał początkowo w Śremie i Gnieźnie, a następnie we Lwowie. Wstąpił po ukończeniu gimnazjum do Uniwersytetu w Krakowie i 18 marca 1873 roku otrzymał stopień Doktora Wszech Nauk Lekarskich. Przez pierwsze pół roku po ukończeniu studjów pracował w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego będącej podówczas pod kierownictwem prof. Rydygiera. Od 18 października tegoż roku do 1 listopada 1890 r. był asystentem Kliniki Ocznej tegoż Uniwersytetu, która początkowo kierowana była jeszcze przez prof. Rydla, następnie przez Doc. Sroczyńskiego, jako zastępcę profesora, a potem przez prof. Wicherkiewicza. Otrzymawszy stypendjum wyjechał na dalsze studja fachowe do Paryża, gdzie pracował u wybitnych okulistów Panasa, Landolta de Weckera, a oprócz tego w laboratorjum optycznem Sorbony pod kierownictwem Javala i Tscherninga. Napisana tam praca „Przyczynki do dioptryki oka" zajmująca się aberacją sferyczną oka, otrzy-

mała nagrodę Akademji Medycznej w Paryżu. Następnie jeszcze pracował w Klinice Ocznej we Wrocławiu u Prof. Uhthoffa. Osiadł w Krakowie, gdzie przez dłuższe lata pracował jako okulista Kasy Chorych. Habilitował się w roku 1917. Po habilitacji wygłaszał wykłady z dziedziny refrakcji optyki, prowadził kurs wziernikowania. W lipcu 1923 r. został prymarjuszem oddziału Okulistycznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie, którą to placówkę opuścił przed paru miesiącami spowodu choroby. Ś. p. Doc. Brudzewski był obdarzony wielkim talentem artystycznym, z zamiłowaniem zajmował się rzeźbiarstwem, w którem celował tak wysoce, że jeden biust jego dłóta zdobi salę wykładową chemji fizjologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Szczególnie rzeźby przedstawiające zwierzęta osiągnęły wielkie uznanie. Zajmował się także malarstwem pastelowem. Dla udoskonalenia się w sztuce uczęszczał jako słuchacz do Akademji Sztuk Pięknych i dużo obcował z artystami. Dla kierunku pracy naukowej ś. p. Doc. Brudzewskiego decydującemi były wpływy Javala i Tscherninga, dowodem czego może służyć okoliczność, że większość prac zmarłego dotyczyła tematów matematyczno-optycznych i zbliżonych zagadnień fizjologicznych. Pierwsze dwie prace Ś. p. Doc. Brudzewskiego powstały właśnie w pracowni optycznej Sorbony w Paryżu. Pierwszym tematem była bystrość wzroku dla przedmiotów barwnych czyli praca czysto fizjologiczna. O tyle ważniejszą była druga praca ogłoszona w *Archiv für Augenheilkunde* nagrodzona przez Akademię Medyczną w Paryżu. W tej przeważnie fizykalno-matematycznej pracy autor zajmuje się zagadnieniem aberacji sferycznej, przyczem najpierw dokładnie badał pod tym względem rogówkę i doszedł do bardzo interesujących, jeszcze dzisiaj uznanych wywodów, wykazujących, że spłaszczenie rogówki w różnych południkach jest niejednakowem, a co najważniejsze różni się w dwóch połowach tego samego południka. Rozpatrywał autor także aberację sferyczną soczewki i ogólną całego oka. Udało mu się przytem udowodnić, że różnica pomiędzy całkowitą niezbornością oka a niezbornością rogówki w wielkiej części polega na aberacji sferycznej rogówki. Zagadnienia optyczne stanowią również temat następnych dwóch prac; w jednej z nich Ś. p. Doc. Brudzewski rozpatruje zagadnienie, gdzie należy z punktu widzenia praktycznego szukać ogniska soczewki i wykazuje na zależność rozwiązania od wielkości otworu przesłonki. W następnej pracy Brudzewski jako jeden z pierwszych obliczył łamliwość oka po usunięciu soczewki i w postaci tablic podał wynik swojej pracy, ułatwiając przez to określenie łamliwości oka jeszcze przed zabiegiem, której należy się spodziewać po wykonaniu zabiegu. Pracą habilitacyjną jest podręcznik o błędach refrakcji oka dla uczniów i lekarzy; na 128 stronach w sposób zwięzły i jasny przedstawia te zagadnienia, których zrozumienie przez studentów i lekarzy natrafia często na trudności. W tym dziele swojem Ś. p. Brudzewski wykazał wybitne zdolności dydaktyczne, ponieważ oryginalnie ujmując niektóre zagadnienia optyczne umiał je przedstawić w sposób przystępny dla początkujących. Praca ta ukazała się w roku 1916. Zagadnienia optyczne zajmowały Ś. p. Doc. Brudzewskiego i w późniejszych okresach życia: w 1923 r. rozpatrzył w sposób bardzo dokładny właściwości soczewek okularowych wygiętych (t. zw. menisków); obszerniejsza ta praca ogłoszona została w czasopiśmie „Klinika Oczna".

Pobieżnie można wspomnieć o pracach kazuistycznych (Guzy leukemiczne pozagałkowe. Zapalenie naczyniówki przytarczowe, i t. d.), oraz o zainteresowaniu się nowemi sposobami leczniczemi np. „O nowym sposobie barwienia plam rogówkowych zapomocą soli złota", do którego to sposobu leczenia autor ustosunkował się dodatnio.

Najważniejszą może pracą Ś. p. Doc. Brudzewskiego jest jego Podręcznik Perymetrji Klinicznej wydany w roku 1925. W tej książce autor we wzorowy sposób wyjaśnia podstawy sposobu badania pola widzenia i omawia postacie zmian jego w różnych schorzeniach oczu. Ważnem jest, że autor posługuje się przy swoich badaniach najprostszemi przyrządami i wykazuje, że umiejętnie posługując się niemi, osiągnąć można doskonałe wyniki. Na podstawie wielkiego doświadczenia osobistego, dokładnej znajomości piśmiennictwa, z użytkowaniem wszystkich danych anatomicznych i fizjologicznych w sposób bardzo dostępny i przejrzysty opisuje zmiany pola widzenia, ilustruje zapomocą licznych schematów i oddaje całokształt współczesnej wiedzy na tem polu. Ponieważ autor zwraca się do lekarzy praktyków i studentów nie obciąża on swojego dzieła zbytnio teorją i piśmiennictwem, natomiast daje czytelnikowi doskonały przewodnik dla pracy w tej dziedzinie i pozwala na wyzyskanie tego sposobu badania dla wszelkich celów praktycznych. Pomimo stosunkowo niewielkiej objętości dzieło to stoi w pierwszym szeregu wszystkich na ten temat napisanych dzieł.

Ś. p. Doc. Brudzewski obdarzony żywym umysłem i zamiłowaniem do nauki był także wybitnym lekarzem, który cieszył się uznaniem szerszych kół lekarskich i chorych. Jeżeli ilość prac naukowych nie jest bardzo wielką, to odznaczają się one gruntownem opracowaniem tak, że posiadają jeszcze obecnie wartość, choć niektóre z nich ukazały się już przed długim szeregiem lat. Prace ś. p. Doc. Brudzewskiego dowodzą gruntownego zapoznania się z najtrudniejszemi dziedzinami okulistyki i opanowania ich w taki sposób, że autor był w stanie przedstawić zawiłe zagadnienia w sposób nadzwyczaj jasny. Będąc wrogiem reklamy i osobiście bardzo skromny ś. p. Doc. Brudzewski nie szukał rozgłosu, spełniał w zakresie pracy, która mu w udziale przypadła swoje obowiązki naukowe i lekarskie sumiennie i przez to pozyskał ogólny szacunek. Zasięgały Jego opinji i sfery naukowe spoza Krakowa, mając zaufanie do jego bezstronnego i rzeczowego osądzenia faktów. Nauka polska, w szczególności okulistyka straciła uczonego wysokiego poziomu, a społeczeństwo człowieka rzetelnego. Wszyscy, którzy osobiście znali ś. p. Doc. Brudzewskiego zachowają mu wdzięczną pamięć.

Spis prac naukowych Ś. p. Doc. Brudzewskiego.

1. Kilka słów o leczeniu zeza towarzyszącego. Przegl. Lekarski 1898. Nr. 2 i 4.
2. L'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle pour des objets colorés. Archives d'Opht. t. 18. str. 682, 1898.
3. Beitrage zur Dioptrik des Auges. Arch. f. Augenheil, t. 40 str. 296, 1899.
4. Wo ist der wirkliche Brennpunkt der Linse? Klin. Montsbl. Augenheilk. t. 38. str. 691, 1900.
5. Obliczanie zmian refrakcji po wydobyciu soczewki z oka. Post. Okul. t. 2, str. 113. 1900.
6. Przyczynek do nauki o refrakcji oka ludzkiego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900 r. Nr. 1.
7. Przyczynek do histologji ran rogówkowych powikłanych wypadnięciem ciała szklistego. Tamże.
8. Guzy leukemiczne pozagałkowe. Post. Okul. t. 3. str. 253, 1901.
9. O błędach refrakcji oka. Podręcznik dla użytku uczniów i lekarzy. (Praca habilitacyjna). Kraków 1916.
10. O rzadkich postaciach niedowidzenia połowiczego. Polska Gazeta Lekarska 1922. Nr. 1 i 2.
11. O okularach staroświeckich i nowoczesnych. Tamże. Nr. 18 i 19.
12. Soczewki okularowe wygięte (meniski) i ich własności. Kl. Oczna t. 1, zeszyt 3 i 4 1923.
13. Nowy sposób barwienia plam rogówkowych Kl. Oczna t. 2. str. 161, 1925.
14. Podręcznik perymetrji klinicznej. Lwów-Warszawa. 1925.

Prof. Dr. Lauber (Warszawa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Henryk Mierzecki ze Lwowa otrzymał od IX Zjazdu Dermatologów w Budapeszcie nagrodę w postaci srebrnego medala za eksponaty, przedstawiające jego badania nad pracującą ręką.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XXVIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 6 grudnia 1935. Porządek dzienny: 1) Kol. Leszczyński: Związki wzajemne, zachodzące między skórą, a narządami rodnemi kobiecemi. Część II. Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w relacjach genito-dermalnych. Część III. Odczyny skórne w różnych epokach życia płciowego kobiety (wykład). 2) Kol. Sosin: a) Preparat płuca po lobektomji, b) Zmiany ziarnicze w płucach (demonstracja).

Z Polskiej Akademji Umiejętności. Wydział Lekarski Akademji odbył dnia 15 listopada b. r. posiedzenie w Warszawie, na którem przedstawiono prace p. p. Supniewskiego, Hano i Taschnera, Kowarzyka i Preissa, Melanowskiego, Fidlera, Roguskiego, Glassa, Fliederbauma, Wł. Ostrowskiego, Rosnowskiego, Galinowskiego, z zakresów chemji fizjologicznej i patologicznej, mikrobiologji, serologji, nauki o chorobach wewnętrznych, farmakologji, patologji doświadczalnej i oftalmologji. Na posiedzenie to udzieliło Wydziałowi gościny Towarzystwo Naukowe Warszawskie w salach swoich w Pałasu Staszica.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 4 grudnia 1935. 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 20 listopada 1935. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Kol. H. Lajchter: Z kazuistyki zakażeń ogniskowych z jamy ustnej (oral-sepsis). 4. Kol. M. Lewenfisz: Wpływ pośredni rentgenoterapji na nowotwory złośliwe. 5. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — II. Posiedzenie w dniu 18 grudnia 1935. 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 4 grudnia 1935. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Kol. J. Chrzanowski: Przypadek ostrego zapalenia trzustki. 4. Kol. Z. Szczech: Przypadek marskości wątroby. 5. Kol. A. Stiller: Przypadek zatrucia atofanem. 6. Kol. M. Dawidowicz: Przypadek martwicy kończyny dolnej po otruciu sublimatem. 7. Kol. W. Bem: Przypadek zmian w mięśniu sercowym po zatruciu salwarsanem. 8. Kol. J. Chrzanowski: Przypadek częstoskurczu napadowego komorowego. 9. Kol. M. Dawidowicz: Przypadek rytmu węzłowego stałego. 10. Kol. A. Bender: Przypadek pęknięcia tętniaka tętnicy głównej. 11. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Różne.

Z kraju.

W zakładzie położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie został otwarty oddział dla położnic chorych na gruźlicę płuc i oddział izolacyjny dla noworodków szczepionych przeciw gruźlicy szczepionką BCG.

Choroby zakaźne w Polsce od 6 do 26 października 1935.

	Tydzień 41 6—12 X	Tydzień 42 13—19/X	Tydzień 43 20—26/X
Dżuma	—	—	—
Ospa	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—
Dur brzuszny	414 *35*	397 *34*	393 *31*
Dury rzekome	—	—	—
Dur plamisty	30	28 *1*	22 *1*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	309 *27*	559 *35*	563 *40*
Płonica	698 *8*	770 *15*	714 *6*
Błonica	476 *18*	463 *13*	548 *25*
Nagm. zapal. opon mózg.-rdz.	9 *3*	5 *3*	5 *2*
Odra	279 *2*	499	639 *1*
Róża	126 *3*	132 *4*	126 *8*
Krztusiec	100 *7*	273	249 *4*
Zimnica	1	1	—
Zakażenie połogowe	37 *6*	33 *4*	29 *8*
Trąd	—	—	—
Jaglica	436	488	399
Wąglik	—	1	—
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	—	—	—
Wścieklizna	*1*	—	*2*
Zatrucie kiełbasiane	—	—	—
Choroba Heine-Medina	4	2	2 *1*
Nagminne zapalenie mózgu	—	—	—
Twardziel	2	2	—

Liczby drukiem pochyłym oznaczają zgony.

W dniach 17 i 18 października 1935 roku odbył się w Lublinie Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Lubelskiego. W zjeździe wzięli udział: w zastępstwie Wojewody Lubelskiego p. Wicewojewoda Długocki, Dr. Kowarski, Inspektor Służby Zdrowia, jako delegat Min. Opieki Społecznej, p. Stanisław Trella, Dyrektor Biura Personalnego Min. Opieki Społecznej, Dr. Nowakowski, Kierownik Oddziału Higjeny Pracy Państwowej Szkoły Higjeny, Dr. Drożdż, Prezes Izby Lekarskiej Lubelskiej, p. Kowalik, Okręgowy Inspektor Pracy oraz kilku obwodowych inspektorów pracy, lekarze naczelni ubezpieczalni społecznych w Lublinie i Zamościu, naczelnicy i przedstawiciele poszczególnych działów pracy Urzędu Wojewódzkiego, Wydział Pracy, Opieki i Zdrowia Publicznego, lekarze powiatowi (z wyjątkiem biłgorajskiego — epidemja czerwonki w powiecie, i zamojskiego — na kursie higjeny publicznej w Państwowej Szkole Higjeny) i lekarze miast wydzielonych. Po zagajeniu zjazdu przez p. Wicewojewodę i powitaniu przez delegata Ministerstwa Opieki Społecznej, Nacz. Wydz. Pracy i Opieki Zdr. Publ. Dr. Danielski zreferował stan spraw zdrowia publicznego na terenie województwa. W okresie sprawozdawczym na terenie województwa na pierwszy plan wysunięto prace nad organizacją ośrodków zdrowia. Utworzono nowych ośrodków zdrowia 13, doprowadzając ogólną ich liczbę do 25. Tylko jeden ośrodek nie posiada przychodni opieki nad matką i dzieckiem, każdy natomiast posiada przychodnie przeciwgruźliczą i przeciwjaglicza. W okresie sprawozdawczym przystąpiono do organizacji terenowych (wiejskich) ośrodków zdrowia na terenie pow. łukowskiego. Po 3—4 gminy wydzielono w rejon jednego ośrodka zdrowia, tworząc w ten sposób sieć ośrodków, pokrywającą cały powiat. Obecnie czynne są już 4 ośrodki, pozostały do utworzenia jeszcze 2. Usterkami w tej organizacji są: brak stałych lekarzy w miejscu siedziby ośrodka i nieuwzględnianie wśród licznych działów ich pracy walki z chorobami zakaźnemi i higjeny otoczenia (stan sanitarny osiedli, zaopatrzenie w wodę, kąpieliska i t. p.) oraz za wysokie stawki opłat: za porady 2 zł, za poród zarejestrowanej kobiety 2—3 zł, niezarejestrowanej 5 zł i zwrot za leki. Łącznie z organizacją ośrodków zdrowia zwrócono uwagę na konsolidację wysiłków organizacyj społecznych w zakresie zdrowia publicznego. Podkreślić należy dużą czynność miejscowych towarzystw P. C. K., a zwłaszcza wybitną ruchliwość i celowość akcji społeczno-zdrowotnej Kół Gospodyń Wiejskich. Jeżeli chodzi o usprawnienie organizacji opieki lekarskiej nad szkołami, to pomimo znacznego przyrostu liczby lekarzy, opiekujących się szkołami i dziećmi szkolnemi (z 70 na 115), zaledwie 55% dzieci zostało zbadanych. Że nasilenie tej opieki jest konieczne, wskazywałyby na to liczby, uzyskane przez ośrodki zdrowia pow. łukowskiego: zawszonych 35—40%, brudnych 25%, z choremi zębami aż 50%. Toteż troską Służby Zdrowia na najbliższą przyszłość będzie dalsze uporządkowanie organizacji opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami. Zamierzona organizacja ruchomych szkolnych poradni dentystycznych powinna być przeprowadzona w jaknajszerszym zakresie i objąć wszystkie dzieci szkolne. Spośród wielu innych zagadnień służby zdrowia zwrócono uwagę na rzekomy kryzys szpitalnictwa: małe obłożenie łóżek szpitalnych (przeciętne obłożenie wszystkich szpitali w tem i psychjatrycznego w Chełmie 54%) stoi w związku raczej z koniecznością podniesienia poziomu szpitali na prowincji, bowiem jako zjawisko stale notowane stwierdza się, że z podniesieniem poziomu zwłaszcza opieki lekarskiej szpitale zyskują wybitnie na frekwencji, a tem samem zwiększa się zaufanie do nich ludności. Do potrzeb, które wymagają dalszych wysiłków Służby Zdrowia, należą również sprawy zaopatrzenia ludności w wodę i budowa tanich i dostępnych dla szerszych mas obywateli, zwłaszcza na wsi, kąpielisk publicznych. Z dużym rozmachem zapoczątkowana propaganda higjeny, co znalazło wyraz w uruchomieniu interesującej wystawy higjenicznej w Lublinie, powinna być poparta czynnym udziałem w wysiłkach Służby Zdrowia również czynników gospodarczych i przedewszystkiem samorządu terytorjalnego. Wreszcie podkreślić należy czynny udział w zjeździe inspekcji pracy. Dr. Nowakowski w wyczerpującym zagadnienie referacie poddał szczegółowej analizie podstawy prawne udziału lekarza powiatowego w inspekcji pracy. Następny referent, Okręgowy Inspektor, p. Kowalik podjął specjalne zagadnienie higjeny i bezpieczeństwa pracy na robotach budowlanych, zagadnienie niezwykle żywotne, a mało doceniane. Również sprawa udziału ubezpieczalni społecznych w pracach Służby Zdrowia znalazła żywy oddźwięk wśród uczestników zjazdu, podniesiono potrzebę większego i żywszego udziału tych instytucyj w zakresie zapobiegania szerzeniu się chorób społecznych. Uczestnicy zjazdu zwiedzili wystawę higjeniczną, izolatorjum dla szczepień przeciwgruźliczych przy szpitalu Dzieciątka Jezus oraz ośrodek zdrowia w Lublinie.

Redakcja otrzymała:

Z. M. Bieliński: Sur la ligne caractéristique de la courbe de la pression sanguine, causée par le phénomène d'interférence. Odb. z „Compt. r. d. séances d. l. Société de biologie". T. 117. 1934.

E. Falik i Z. Bieliński: Recherches sur le diamètre des globules rouges. Odb. z „Compt. r. d. séances d. l. Société de biologie". T. 108. 1931.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.